

Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение
высшего образования
«Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации»

На правах рукописи

Болдырев Борис Михайлович

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА АНДЕРРАЙТИНГА
В ДОБРОВОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ
СТРАХОВАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель

Кириллова Надежда Викторовна,
доктор экономических наук, профессор

Москва – 2022

Оглавление

Введение	4
Глава 1 Андеррайтинг в добровольном медицинском страховании	16
1.1 Добровольное медицинское страхование и андеррайтинг в России и за рубежом	16
1.2 Характеристики и анализ эффективности использования современных телематических технологий в добровольном медицинском страховании	57
Глава 2 Оценка влияния современных технологий на качество андеррайтинга в добровольном медицинском страховании	71
2.1 Качество андеррайтинга и оценка его эффективности	71
2.2 Анализ опыта применения телематических технологий в страховании	86
Глава 3 Имплементация современных технологий в процесс андеррайтинга добровольного медицинского страхования	101
3.1 Мероприятия для интеграции телемедицинских технологий в программы добровольного медицинского страхования	101
3.2 Эффективность использования телемедицины в добровольном медицинском страховании.....	122
Заключение	136
Список литературы	146
Приложение А Характеристики страхового портфеля добровольного медицинского страхования	175
Приложение Б Наиболее эффективные системы здравоохранения. Рейтинг агентства Bloomberg в 2017 году.....	177
Приложение В Различия обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации.....	179

Приложение Г Рынки добровольного медицинского страхования в 2019 году по субъектам Российской Федерации	181
Приложение Д Оппортунистическое поведение клиник и противодействие ему со стороны страховой организации...	183
Приложение Е Трактование термина «андеррайтинг» в экономической, страховой литературе	185
Приложение Ж Трактование понятия «медицинский андеррайтинг» в страховой экономической литературе	188
Приложение И Оценка отечественных экспертов о необходимости и важности использования качественного андеррайтинга в страховании	189
Приложение К Половозрастные коэффициенты по основным видам медицинской помощи	191
Приложение Л Поправочные коэффициенты, применяемые в добровольном медицинском страховании при страховании предприятий, занятых в различных видах экономической деятельности	193
Приложение М Виды телемедицины	195
Приложение Н Оценка качества андеррайтинга в страховой экономической литературе	197
Приложение П Оценка качества андеррайтинга добровольного медицинского страхования у лидеров российского страхового рынка	198
Приложение Р Оценки страховых экспертов о телемедицинских технологиях в страховом бизнесе	200
Приложение С Участники российского страхового рынка, осуществляющие продажи телемедицинских услуг и их партнеры, участвующие в оказании этих услуг (по состоянию рынка на 01.12.2020)	202

Введение

Многие государства активно используют добровольное медицинское страхование (далее – ДМС) в качестве дополнительного источника финансирования систем здравоохранения и как дополнение программ обязательного медицинского страхования (далее - ОМС). В приложении А показано, что на конец 2019 года российский рынок ДМС оценивается экспертами в 20 млн застрахованных, а страховая премия по договорам, заключенным в 2019 году, составила 136,14 трлн рублей, при этом совокупная страховая премия по этим договорам была 180,65 млрд рублей, а общий уровень выплат по рынку составил 70,02%. Страховые организации на протяжении истории страхования стараются снизить уровень выплат по своему портфелю. Решают страховщики данную задачу разными способами:

- увеличение базовых тарифов и/или поправочных коэффициентов;
- увеличение штата андеррайтеров и/или направляют их на курсы повышения квалификации с целью улучшения качества и эффективности андеррайтинга;
- внедрение различных технологий в процесс заключения договора, урегулирования убытков и прочее.

С 2016 года российские страховщики начинали использовать телемедицинские технологии в своих портфелях добровольного медицинского страхования с целью снижения уровня выплат по данному виду страхования, а также для расширения своих продуктовых линеек. Уже к концу 2018 года страховые программы с телемедициной присутствовали почти во всех отечественных страховых организациях. Как отмечает Центральный банк Российской Федерации, именно полисы с телемедициной являются одним из значимых драйверов увеличения количества собираемой страховой премии страховщиками [160].

Актуальность темы исследования. В течение последних десяти лет российский страховой рынок добровольного медицинского страхования

претерпел ряд существенных изменений: отказ участников страхового рынка от работы с теневыми финансовыми механизмами по добровольному медицинскому страхованию («монополисы» и «депозитное страхование»); перераспределение страховых портфелей в связи с закрытием/банкротством значительного количества страховщиков, в результате чего оставшиеся на рынке страховые организации получили значительное количество убыточных клиентов; увеличение доли продаж ДМС через банковский канал продаж (совместно с банковскими продуктами), в результате чего увеличился средний процент комиссионного вознаграждения по портфелю добровольного медицинского страхования; увеличение средней выплаты за одного застрахованного в лечебно-профилактическое учреждение в результате повышения цен на медицинские услуги и повышения уровня обращаемости застрахованных по портфелю ДМС.

В результате этого за 5 лет суммарные сборы страховой премии рынка ДМС увеличились на 40% (51,7 млрд рублей), но при этом у шести из четырнадцати страховщиков, собиравших более 1 млрд рублей страховой премии в 2019 году, по данному виду страхования увеличился коэффициент выплат, что свидетельствует об экстенсивном росте страхового портфеля и падении его качества. Суммарно на данные 6 страховых обществ приходится более 20% всех страховых премий в 2019 году по ДМС.

В 2014 году совокупный уровень выплат по отечественному рынку ДМС составлял 76,74% при сборах страховых премий в 124,07 млрд рублей, а в 2015 году уже 77,27% при сборах в 128,95 млрд рублей. В связи с ухудшающейся ситуацией с убыточностью добровольного медицинского страхования страховые общества с середины 2015 года стали искать новые возможности снижения убыточности по контрактам ДМС. С 2016 года российские страховщики стали применять телемедицинские технологии в программах медицинского страхования. В связи с тем, что в начале 2018 года в Российской Федерации вступили в силу два нормативно-правовых акта, делающих оказание медицинской помощи с применением телемедицинских

технологий легитимным, а также регламентирующих ее порядок, уже к концу 2018 года страховые программы с телемедициной присутствовали почти у всех отечественных страховых организаций. Центральный банк Российской Федерации отмечает, что именно полисы с телемедициной являются одним из значимых драйверов увеличения количества собираемой страховой премии страховщиками¹⁾. Имплементация телемедицинских технологий в ДМС также внесла свой вклад в уменьшение суммарного коэффициента выплат по совокупному портфелю ДМС всех участников российского страхового рынка, в результате чего он снизился с 77,27% в 2015 году до 70,02% в 2019 году.

Одним из инструментов дальнейшего снижения убыточности ДМС и повышения качества его андеррайтинга может стать адаптация опыта зарубежных страховщиков по имплементации телемедицинских технологий, уже зарекомендовавших себя на российском рынке, в процесс оценивания степени вероятности наступления у физического лица того или иного страхового риска. На данный момент на российском страховом рынке отсутствуют практические и теоретические экспериментальные примеры, раскрывающие эффективность интеграции телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга. Исследование влияния различных телемедицинских технологий на качество андеррайтинга ДМС, несомненно, представляет научный и практический интерес, так как потенциально данная имплементация может помочь отечественным страховым организациям также увеличить территориальный охват аллоцирования застрахованных клиентов, а гражданам, соответственно, предоставит увеличение выбора страховщиков.

Степень разработанности темы исследования. Фундаментальную теоретическую базу в экономической науке по страховым отношениям сформировали ученые Бугаев Ю.С., Воблый К.Г., Кириллова Н.В., Коньшин Е.Ф., Логвинова И.Л., Мотылев Л.А., Никольский П.А.,

¹⁾ Обзор ключевых показателей деятельности страховщиков. Центральный банк Российской Федерации. – URL: https://www.cbr.ru/analytics/insurance/overview_insurers/ (дата обращения: 24.03.2021). – Текст : электронный.

Ордин-Нащекин А.Л., Орланюк-Малицкая Л.А., Райхер В.К., Рейтман Л.И., Рыбаков С.А., Сплетухов Ю.А., Татищев В.Н., Цыганов А.А., Юлдашев Р.Т.

Глобальное значение для формирования в России теоретических основ ДМС и его андеррайтинга имеют работы Грищенко Н.Б., Зеленской Т.М., Зотовой О.Ф., Клевно В.А., Кудрявцева А.А., Мищенко В.В., Морозова М.М., Полякова И.В., Попович Л.Д.

Отдельные аспекты использования телемедицины были изучены Брызгаловым Д.В., Владзимирским А.В., Герасимовым П.А., Зингерманном Б.В., Рубиным А.Д.

В зарубежной литературе вопросы, относящиеся к телемедицинским консультациям, рассмотрены в работах Абрахамане А., Арауджо Э., Беннет М.К., Гарфилд Дж., Гейсбухлер А., Городески Е.З., Десай А.С., Кутлер Д.М., Олиани Х., Фэлпс Ч.Е., Шао М., Эрон М.Л. и других. В основном как российские, так и зарубежные авторы в своих исследованиях не уделяют должного внимания экономическим аспектам, относящимся к применению телемедицинских технологий в процессе андеррайтинга. В результате этого недостаточно развиты научный и методический аппараты оценки качества андеррайтинга, проводимого перед заключением контрактов ДМС с использованием современных технологий, а также его влияние на снижение уровня убыточности по данному виду страхования.

Цель исследования заключается в выявлении возможного влияния современных технологий на эффективность и качество андеррайтинга в добровольном медицинском страховании, а также на снижение уровня убыточности данного вида страхования.

Для достижения цели в работе поставлены и выполнены следующие **задачи:**

– разработать трактовку дефиниции «Андеррайтинг», в наибольшей мере отражающую особенности андеррайтинга, как одного из основных бизнес-процессов страховой организации на базе анализа имеющегося

многообразия трактовок, представленных отечественными учеными и практиками;

– сформировать определение понятия «качество андеррайтинга» на основе существующих представлений ученых и практиков (отечественных и зарубежных), выявить и уточнить параметры, характеризующие качество данного бизнес-процесса;

– детерминировать экономическую эффективность андеррайтинга, проводимого российскими страховыми организациями по договорам ДМС;

– выявить современные технологии, которые могут быть интегрированы в процесс андеррайтинга по договорам ДМС для повышения его качества;

– определить и выявить особенности программ ДМС, включающих телемедицинские технологии;

– сформировать практические и методические предложения по имплементации современных технологий в процесс андеррайтинга ДМС, а также в процесс организации и предоставления страхового возмещения по договорам ДМС в натуральной форме.

Объектом исследования являются коммерческие страховые организации, осуществляющие добровольное медицинское страхование.

Предмет исследования – андеррайтинг, осуществляемый в добровольном медицинском страховании.

Научная новизна заключается в разработке и обосновании теоретических положений и практических рекомендаций, направленных на совершенствование андеррайтинга в ДМС с целью снижения убыточности и повышения конкурентоспособности коммерческой страховой организации, осуществляющей данный вид страхования.

Положения, выносимые на защиту:

1) уточнена дефиниция страхового андеррайтинга, основанная на систематизации и упорядочивании основных функций андеррайтинга (С. 38–39). Данное определение позволяет учесть основные функциональные составляющие этого бизнес-процесса страховщика: финансово-

экономическая и вероятностная оценка риска, создание и поддержка актуальности матрицы тарифных ставок, а также формирование барьерных условий, препятствующих несанкционированному увеличению рисков страховщика, что позволяет развить теоретические аспекты страхового дела. Также сформирована дефиниция «Качество андеррайтинга в добровольном медицинском страховании», заключающаяся в определении характеризующих параметров и их количественной оценке, через которые можно уточнить качество андеррайтинга в ДМС (С. 76);

2) предложено определение и классификация экономически качественного андеррайтинга в добровольном медицинском страховании, формула (1)

$$\mathcal{E}Q_a = \frac{(\sum \text{ВыпЛ(факт)} + \sum \text{COSTанд(факт)}) / \sum \text{СП(факт)}}{(\sum \text{ВыпЛ(план)} + \sum \text{COSTанд(план)}) / \sum \text{СП(план)}} + \frac{\sum \text{страх.случаев(факт)} / \sum \text{застрахованных(факт)}}{\sum \text{страх.случаев(план)} / \sum \text{застрахованных(план)}}. \quad (1)$$

В соответствии с результатами, получаемыми по формуле (1), дана классификация качества проводимого андеррайтинга в ДМС:

- 1) отличный $1,70 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,79$;
- 2) выше нормы $1,80 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,89$;
- 3) удовлетворительный $1,90 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,11$;
- 4) ниже нормы $2,12 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,19$;
- 5) неприемлемый $2,20 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,30$.

Экономически качественный андеррайтинг в добровольном медицинском страховании – это такой андеррайтинг, при котором по заключенным договорам страхования по окончании их действия сумма отношений фактических показателей страхового портфеля к плановым: коэффициентов выплат (включающих затраты на андеррайтинг) и коэффициентов обращаемости равна числу в промежутке от 1,70 до 2,11 включительно (С. 70–74);

3) установлено, что не все стандартные параметры, через которые можно оценить эффективность большинства бизнес-процессов (адаптивность,

повторяемость и производительность шагов процесса), можно экстраполировать для оценивания качества процесса андеррайтинга в ДМС. В добровольном медицинском страховании качество андеррайтинга можно оценить через следующие стандартные показатели: результативность, продуктивность, безопасность, стоимость затрат на процесс, последовательность действий, сложность входящих данных, количество типовых операций, границы входа и выхода, время выполнения шагов процесса (С. 75–76);

4) доказано наличие и определены реперные точки бизнес-процессов ДМС, в которых имплементация телемедицинских технологий даст максимальный экономический эффект от их интеграции. Показано, что наиболее значимыми бизнес-процессами в этих целях являются андеррайтинг, а также организация и предоставление страхового возмещения по договорам ДМС в натуральной форме (амбулаторно-поликлиническая и консультативно-диагностическая помощь) (С. 115–121; 123–127);

5) доказано, что использование телемедицинских технологий в бизнес-процессах ДМС стимулирует рост конкурентоспособности страховой организации (С. 115–121; 123–127):

- интеграция телемедицинских технологий и систем искусственного интеллекта / машинного обучения в процесс андеррайтинга – рост обусловлен снижением убыточности, которое происходит из-за повышения точности определения вероятности риска наступления страхового события, в результате чего осуществляется переформирование страховых тарифов и страховых резервов;

- разработка и внедрение новых страховых продуктов/программ с использованием телемедицинских технологий приводит к увеличению числа заключаемых договоров страхования и объёма получаемой страховой премии, снижению суммарного размера страховых платежей в лечебные учреждения за оказанную застрахованным медицинскую помощь, в результате чего

совокупность данных факторов положительно влияет на повышение сбалансированности страхового портфеля.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что ее основные выводы и положения вносят вклад в теоретическую базу, посвященную страховому андеррайтингу, его качеству, а также в теоретическое обоснование способов оценки эффективности андеррайтинга, проводимого в добровольном медицинском страховании, в том числе, в развитие методов повышения качества андеррайтинга с применением современных технологий, в результате чего за счет увеличения точности определения вероятности риска наступления страхового события возможно оптимизировать структуру страховых тарифов и адекватность формирования страховых резервов и, как следствие, повысить рентабельность страхового портфеля.

Практическая значимость работы заключается в возможности их применения для совершенствования андеррайтинга по договорам добровольного медицинского страхования в страховых организациях.

Отечественные страховые организации, занимающиеся ДМС, могут применять в своей деятельности следующие результаты диссертации:

- комплекс параметров, влияющих на качество андеррайтинга, для их дальнейшего контроля с целью поддержания эффективности андеррайтинга на определенном уровне;
- формулу определения экономической эффективности (результативности) андеррайтинга по внутренним и плановым параметрам, составляющим коммерческую тайну;
- подходы к оценке и классификации андеррайтинга на основании общедоступных показателей, публикуемых страховщиком, а также Центральным банком Российской Федерации;
- методику по интеграции телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга контрактов добровольного медицинского страхования с индивидуальными и корпоративными клиентами с целью повышения качества андеррайтинга;

– методику внедрения телемедицинских технологий в процесс обслуживания застрахованных по полисам добровольного медицинского страхования, нацеленную на снижение уровня убыточности страхового договора и портфеля по продукту в целом;

– способ оценки эффективности использования современных телемедицинских технологий в программах добровольного медицинского страхования как при проведении медицинского андеррайтинга, так и при осуществлении страхового возмещения в натуральной форме по договорам ДМС;

– предложения по противодействию оппортунистическому поведению работников/владельцев лечебно-профилактических учреждений при работе с ними в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, в том числе с использованием страховыми организациями единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения для организации медицинской помощи застрахованным по ДМС.

Методология и методы исследования. Теоретической и методологической базой исследования послужили положения научных трудов и работ российских и зарубежных ученых, экспертов в области медицинского страхования, конкурентоспособности страховых организаций, андеррайтинга и медицинских разработок. В ходе исследования использованы общенаучные методы познания (наблюдение, сравнение, абстрагирование и другие) и анализа (структурный, трендовый и статистический), а также моделирование и синтез.

За информационно-теоретическую базу исследования взяты научные статьи, монографии, диссертационные работы, материалы периодических изданий, официальные документы регулирующих органов. Исследование проведено на основе анализа собранной и обобщенной актуальной информации о развитии добровольного медицинского страхования и современных медицинских технологий как на территории Российской Федерации, так и в других странах. Также были использованы нормативно-

правовые акты, распространяющиеся на регулирование области исследования, данные по состоянию страховой отрасли официальной интернет-страницы Центрального банка Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики, Федеральной службы по финансовым рынкам, статистико-информационная база информационного агентства Bloomberg, а также были использованы материалы закрытой информационно-аналитической системы САО «РЕСО-Гарантия».

Для выполнения прикладных расчетов и визуализации результатов исследования было использовано программное обеспечение Microsoft Office, включая, но не ограничиваясь, Word, Excel, Visio.

Информационная база исследования представлена эмпирическими исследованиями, осуществленными на портфеле ДМС российского страховщика; научными статьями; монографиями; диссертационными работами; материалами периодических изданий; официальными документами регулирующих органов.

Область исследования. Содержание диссертации соответствует п. 7.1. «Современные тенденции организации и функционирования системы страхования и рынка страховых услуг», п. 7.4. «Формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны» Паспорта научной специальности 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит (экономические науки).

Степень достоверности, апробация и внедрение результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждается их соответствием основам экономической теории, применением комплекса общенаучных и специальных методов исследования. Теоретическая база исследования построена на известных проверяемых данных и фактах.

Основные положения и результаты рассмотрены и одобрены на следующих научных конференциях: на VII Международном научном студенческом конгрессе (Москва, Финансовый университет,

06–16 апреля 2016 года), на III Международном конгрессе молодых ученых по проблемам устойчивого развития «Взгляд молодых ученых на проблемы устойчивого развития» (Москва, Финансовый университет, 17–27 мая 2017 года), на Первой всероссийской конференции «Цифровизация страхового рынка в РФ; показатели, практические решения и перспективы развития» (Москва, Финансовый университет, 26–27 июня 2018 года); на Второй всероссийской научно-практической конференции «Первые итоги и драйверы дальнейшего развития цифровизации страхового рынка в РФ» (Москва, Финансовый университет, 25–26 июня 2019 года); на конференции «Телемедицина 2019» (Москва, Конференционный центр «Событие», 10 июля 2019 года).

Основные теоретические и методические положения научного исследования используются в практической деятельности САО «РЕСО-Гарантия» в разработке новых страховых программ с использованием современных медицинских технологий, а также построении новых и реорганизации действующих бизнес-процессов в связи с вводом в эксплуатацию этих страховых программ. В том числе имплементация результатов научного исследования способствовала снижению убыточности (loss ratio) портфеля добровольного медицинского страхования на 4,3%.

Также результаты научной работы были интегрированы в практическую деятельность казахской страховой организации АО «Нефтяная страховая компания». По результатам внедрения положений диссертации данный страховщик создал страховой продукт, получивший название «Онлайн доктор НСК». В том числе были имплементированы положения научного исследования, связанные с организацией и осуществлением страхового возмещения в натуральном выражении с применением телемедицинских технологий, по договорам ДМС.

Результаты исследования использованы в практической деятельности ООО «Медилюкс-ТМ» в части принципов формирования медицинских услуг, основанных на использовании современных технологий (телемедицина).

Основываясь на результатах данного научного исследования, сеть медицинских клиник MedSwiss осуществила реорганизацию внутренних бизнес-процессов с целью создания собственной службы врачей, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

Апробация и внедрение результатов исследования подтверждены соответствующими документами.

Публикации. Основные положения и результаты исследования отражены в 12 публикациях общим объемом 8,2 п.л. (авторский объем – 7,9 п.л.), в том числе в 5 работах общим объемом 4,18 п.л. (авторский объем – 3,88 п.л.), опубликованных в рецензируемых научных изданиях, определенных ВАК при Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации. Цель и задачи определили структуру исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 182 наименований и 15 приложений. Текст диссертации изложен на 202 страницах, содержит 28 таблиц и 27 рисунков.

Глава 1

Андеррайтинг в добровольном медицинском страховании

1.1 Добровольное медицинское страхование и андеррайтинг в России и за рубежом

С 2014 года по 2017 год Россия занимала последние места в рейтинге эффективности здравоохранения разных стран (Health-care efficiency index). Данный список составляется экспертами агентства Bloomberg [138]. К сожалению, 2017 год был последним, по которому Bloomberg сделал такой аналитический отчет, таблица 1. Основным показателем при расчете индекса качества здравоохранения является продолжительность жизни среднестатистического гражданина. При этом, как показано в приложении Б, те страны, где человек живет в среднем до 70 лет, в этот рейтинг не включаются. Из-за этого Российская Федерация смогла попасть в список только в 2014 году, когда основной показатель превысил отметку в 70 лет.

Таблица 1 – Рейтинг стран, в которых эффективность здравоохранения выше, чем в России, а доля расходов ВВП на здравоохранение и стоимость медицинских услуг на душу населения ниже, чем в Российской Федерации

Место в рейтинге в 2017 году	Место в рейтинге в 2016 году	Страна	Index здравоохранения, bloomberg	Средняя продолжительность жизни, лет	Доля ВВП на здравоохранение, в процентах	Стоимость медицинских услуг на душу населения в долл. США
27	41	Тайланд	51,9	75,1	3,8	219
29	22	Малайзия	50,4	75,1	3,9	377
44	45	Казахстан	39,2	72	3,9	379
26	25	Турция	52,2	75,5	4,1	455
37	31	Румыния	46	75	5	442
20	19	Китай	54,6	76,1	5,3	426
36	32	Перу	46	74,8	5,3	323
53	55	Россия	31,3	71,2	5,6	524

Источник: составлено по материалам [163].

Большой процент ВВП, затрачиваемый на здравоохранение, и высокий уровень стоимости медицинских услуг не гарантируют высокую продолжительность жизни граждан страны. Так, например, в 2017 году, как показано в таблице 1, в семи странах средняя продолжительность жизни была выше, а расходы государства на здравоохранение ниже, чем в России. В свою очередь это свидетельствует о неэффективном расходовании бюджетных средств на систему здравоохранения в Российской Федерации.

Как показано в приложении Б, в 2017 году, по версии Bloomberg, средняя продолжительность жизни российских граждан увеличилась с 70,37 до 71,2 лет, что позволило России подняться с последнего 55-го места на 53-е в рейтинге эффективности системы здравоохранения. Различные эксперты отмечают в этом заслугу развивающейся цифровизации российской системы здравоохранения, в том числе запуск различными провайдерами телемедицинских консультаций.

Всемирная организация здравоохранения выделяет три основные модели финансирования системы здравоохранения, применяемые в различных странах:

- государственная (система Бевериджа);
- рыночная система здравоохранения;
- «Всеобъемлющее страхование здоровья» (система Бисмарка).

Для первой модели характерно предоставление населению медицинской помощи за счет государственных средств, полученных от налогов предприятий и граждан. В основном медицинская помощь в стране бесплатна, за исключением некоторых видов услуг. Такая система здравоохранения используется в Португалии, Италии, Греции, Дании и Германии.

Во второй модели система здравоохранения финансируется в основном из семейных бюджетов граждан, где денежные средства либо напрямую платятся в лечебно-профилактическое учреждение, либо через страховую организацию с помощью приобретения полисов добровольного медицинского страхования. Тем слоям населения, которые не могут самостоятельно

обеспечить себя медицинской помощью, государство предоставляет специальные программы финансирования медицинской помощи. Особенно развита такая система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки.

Третья модель является социально-страховой. В первую очередь данная модель характеризуется смешанным типом финансирования системы здравоохранения: присутствует обязательное медицинское страхование при определенном участии государства в финансировании, а услуги, не входящие в обязательное медицинское страхование, могут быть покрыты добровольным медицинским страхованием или оплачены пациентом напрямую в клинику из средств семейного бюджета. Данная модель здравоохранения применяется в Российской Федерации, Нидерландах, Австрии, Бельгии, Швейцарии, Канаде, Испании и Японии.

Несмотря на различия в финансировании систем здравоохранения в приведенной выше классификации, качество медицинской помощи зависит от одних и тех же параметров. Качество медицинской помощи выражается в консолидации параметров, которые выражаются в своевременности оказания медицинского обслуживания, адекватности проводимых превентивных методов, диагностики, лечения и реабилитации [3].

Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2019 году 114,51 млн граждан Российской Федерации из 146,74 млн было подвержено различным заболеваниям, то есть 78% населения, из них умерло от болезней 1,4 млн человек. С января по декабрь 2019 года в России умерло 1800 тыс. человек, а родилось 1484 тыс. человек, таким образом, смертность в России превысила рождаемость в 1,21 раза [136]. При этом Россия занимает 9-е место из 226 по числу смертей на 1000 человек [164]. Существует множество факторов, которые влияют на эти цифры. Если не брать в расчет методики лечения тех или иных заболеваний, то остаются следующие:

- доступность медицинской помощи;
- квалификация лечащего врача;

– эффективность проводимых медицинских профилактических мероприятий;

– качество медицинского оборудования;

– стоимость медицинской помощи.

Доступность и своевременность медицинской помощи является одним из главных показателей качества медицинской помощи и декларируется статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны граждан Российской Федерации». Но, к сожалению, не все медицинские услуги по тем или иным заболеваниям можно получить бесплатно в рамках программы государственных гарантий (обязательного медицинского страхования), в их числе: диагностика, исследования, процедуры, консультации, лечение, наблюдение, проводимые на дому (кроме случаев, когда пациент по состоянию здоровья и характеру заболевания не в состоянии посетить медицинское учреждение); анонимные медицинские услуги (кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации); проведение профилактических прививок по желанию граждан (за исключением прививок, выполняемых по государственным программам); зубное протезирование; лечение сексологической патологии; санаторно-курортное лечение. Например, во многих коммерческих клиниках проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, биопсии и подобных им обследований производится только на платной основе, а это довольно существенные денежные средства для многих граждан. На данный момент в Российской Федерации прожиточный минимум составляет 11 468 рублей, а средняя зарплата 32 854 рублей, в то время как стоимость компьютерной томографии может достигать 30 тыс. рублей, а стоимость совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографий в среднем 50 тыс. рублей. Большинство наших граждан не могут себе позволить подобные обследования. Разрешением данной ситуации может явиться добровольное медицинское страхование, некоторые программы которого включают подобные медицинские обследования.

На сегодняшний день рынок добровольного медицинского страхования оценивается экспертами в 20 млн застрахованных [155], из которых примерно 50% это граждане, которые застрахованы своими организациями по корпоративным договорам страхования. Для застрахованного наличие полиса добровольного медицинского страхования чаще всего означает более высокое качество обслуживания и доступность получения медицинской помощи в ряде медицинских учреждений, чем по договору ОМС.

Как показано в приложении В, целью медицинского страхования (ДМС и ОМС) в России является обеспечение гарантий предоставления медицинской помощи гражданам через страховое финансирование, однако страховые системы достигают данной цели различными способами.

Одним из значимых отличий добровольного медицинского страхования от обязательного является то, что застрахованный может сам комбинировать медицинские услуги, риски, список лечебно-профилактических учреждений, объем услуг, по которым он будет застрахован. Состав медицинских услуг в договоре добровольного медицинского страхования достаточно разнообразен: амбулаторная помощь, стационарная помощь (экстренная/плановая), стоматологическая помощь, консультативно-диагностическая помощь, помощь на дому, личный врач, скорая помощь, диспансеризация. Почти все риски разбиваются далее на различные объемы услуг. Это позволяет страховщикам и страхователям комбинировать свои страховые программы во множестве вариаций, находя страховку почти под любой бюджет. Так, например, страховщиками было создано большое разнообразие коробочных продуктов ДМС для индивидуальных клиентов, а корпоративные клиенты компонуют ДМС для своих сотрудников включая и исключая различные медицинские услуги, а также их количество, так как они хотят (это практика последних 7 лет, раньше рынок ДМС шел по пути стандартизации и единообразия ДМС для юридических лиц. Это все нашло отражение в том, что за последние 10 лет, как показано в таблице 2, рынок ДМС развивался и увеличивался.

Таблица 2 – Количество договоров и страховые премии по рынку добровольного медицинского страхования

Год	Количество заключенных договоров, тыс. штук.				Собранная премия, млн руб.				Количество граждан Российской Федерации
	с физическими лицами	с юридическими лицами	всего	прирост	с физическими лицами	с юридическими лицами	всего	прирост	
2010	7 764	1 481	9 245	-	12 002	73 950	85 952	-	142 856
2011	8 074	1 234	9 308	63	11 790	85 209	97 000	11 047	142 865
2012	9 913	1 713	11 626	2 318	13 363	95 583	108 947	11 947	143 056
2013	9 466	1 115	10 581	-1 045	13 895	101 071	114 966	6 018	143 347
2014	9 982	1 365	11 347	766	14 718	109 356	124 074	9 108	143 666
2015	9 437	891	10 328	-1 019	16 954	112 002	128 956	4 882	146 267
2016	-	-	10 271	-56	-	-	137 816	8 859	146 544
2017	9 708	1 378	11 086	815	19 786	120 221	140 007	2 191	146 804
2018	10 373	1 944	12 317	1 230	24 340	127 502	151 842	11 834	146 781
2019	14 305	2 728	17 033	4 715	35 896	144 757	180 654	28 811	146 745

Источник: составлено по материалам [140; 154; 159].

Несмотря на общую динамику роста рынка добровольного медицинского страхования, в 2013 и 2015 году наблюдается спад количества заключенных договоров. Существует ряд параметров, влияющих на развитие добровольного медицинского страхования, при этом некоторые влияют положительно, а другие – отрицательно.

Основным драйвером развития добровольного медицинского страхования на российском рынке выступают организации, страхующие своих сотрудников. Предоставление такого полиса своим работникам и иногда их близким родственникам в социальном пакете помогает работодателю привлечь новый персонал и удерживать старый. Помимо этого, согласно Налоговому кодексу Российской Федерации, страхователь не платит налог на добавленную стоимость при оплате договора добровольного медицинского страхования. Также, по результатам практической деятельности и экспертных оценок, на рост рынка добровольного медицинского страхования среди физических лиц влияют следующие факторы:

– низкая стоимость специфических полисов:

- 1) страхование от клещевого энцефалита;
- 2) стационарное лечение в случае ДТП;
- 3) оказание медицинской помощи только с применением телемедицинских технологий;

– возможность для граждан получать медицинскую помощь сверх норм, установленных границами системы государственных гарантий;

– привилегии в сервисе и его уровень, который получают граждане, имеющие ДМС;

– обязательное медицинское страхование мигрантов, приехавших работать в Россию (входит в коммерческое страхование).

Препятствующими факторами для развития ДМС на территории страны являются:

- низкая платежеспособность населения;
- недостаточная развитость страховой инфраструктуры;
- значительный объем государственных гарантий;
- отсутствие необходимого количества лечебно-профилактических учреждений, предлагающих качественные медицинские услуги;

– оппортунистическое поведение сотрудников/владельцев лечебно-профилактических учреждений;

– низкокачественная медицинская помощь в большинстве медицинских учреждений на территории России;

– применение псевдостраховых схем – депозитное добровольное медицинское страхование.

Одним из наиболее важных барьеров для развития добровольного медицинского страхования на территории Российской Федерации является низкий платежеспособный спрос населения. В среднем по России в 2018 году договор добровольного медицинского страхования¹⁾ для одного застрахованного физического лица стоил 19 000 рублей, минимальная

¹⁾ Имеется ввиду классический ДМС, покрывающий получение амбулаторной, стационарной и других видов медицинской помощи без специфических ограничений на страховой случай.

стоимость полиса составляла 4 000 рублей, а максимальная цена доходила до отметки 300 000 рублей (источник: статистические данные САО «РЕСО-Гарантия»). В России не каждый гражданин может позволить себе приобрести страховую защиту на случай крупных расходов на медицинское лечение за такую крупную сумму денежных средств. Благодаря появлению недорогих полисов добровольного медицинского страхования в 2019 году страховому рынку удалось значительно прирасти в данном виде страхования, это отчетливо видно на увеличении количества заключенных договоров в 2019 году по сравнению с 2018 годом¹⁾. Однако региональные рынки продолжают развиваться неравномерно, как показано в приложении Г: добровольное медицинское страхование в депрессивных районах развивается медленными темпами, по сравнению с относительно богатыми регионами.

В свою очередь это тесно связано с недостаточной и неравномерной развитостью страховой инфраструктуры. Только 20 млн человек в Российской Федерации имеют полис ДМС, таким образом, всего лишь 13,62% граждан России помимо обязательного медицинского страхования имеют еще и дополнительное. При этом более 80% всех собранных страховых премий по данным заключенным договорам приходится на корпоративные контракты, вопреки тому, что эти 20 млн человек делятся примерно поровну: одна половина купила полис самостоятельно, а другим его купил их работодатель. Происходит это из-за того, что некоторые страховые коробочные продукты для индивидуальных застрахованных стоят гораздо дешевле, чем классический пакет добровольного медицинского страхования на одного застрахованного – как для физического, так и для юридического лица. Основываясь на статистике САО «РЕСО-Гарантия», занимающего 2-е место по объему портфеля ДМС в Российской Федерации, по данным 2020 года вмененное медицинское страхование трудового мигранта стоит в среднем 2000 рублей, «классический» полис добровольного медицинского страхования

¹⁾ Итоги 2020 года не рассматриваются ввиду антипандемийных мер, принимаемых органами местного самоуправления в каждом отдельном регионе, в результате действия которых рынок добровольного медицинского страхования упал на 2 процентных пункта.

для частного клиента стоит в среднем 30 000 рублей, а для корпоративного – 18 000 рублей на одного застрахованного [150].

Недостаточность развитости страховой инфраструктуры выражается в нехватке страховых обществ, а также брокеров на многих региональных рынках. То есть если в богатых регионах представлено немалое число страховщиков, то в менее крупных городах и селах их число стремится к минимуму: зачастую один страховой агент на несколько селений. Данный фактор связан с высокой стоимостью создания развитой региональной филиальной сети, дефицитом страховых специалистов, в том числе отсутствием платежеспособного спроса на местах.

Также преградой для развития добровольного медицинского страхования является система государственных гарантий (или обязательное медицинское страхование), которые распространяются на огромное число лечебно-профилактических учреждений по всей стране. Таким образом, бесплатность и свобода доступа к этой медицинской помощи создают у граждан ощущение полной защиты, что, в свою очередь, негативно сказывается на стимулах потенциальных страхователей к приобретению контракта добровольного медицинского страхования.

По данным Bloomberg Health-care efficiency index, в 2017 году Российская Федерация заняла 53-е место в мире по качеству медицинского обслуживания. Низкокачественная медицинская помощь, предоставляемая гражданам в большинстве лечебно-профилактических учреждений на территории России, порождает негативные последствия:

- сужает возможности страховщиков по предоставлению выбора лечебно-профилактического учреждения страхователям, а также удорожает медицинские услуги;

- на региональных рынках существуют значимые отличия по прикреплению, «привязке» застрахованных к одной клинике;

- в настоящее время создаются независимые провайдеры медицинских

услуг, которые, являясь посредниками, повышают стоимость медицинских услуг, а следовательно и соответствующих страховых продуктов.

Помимо этого, как показано в приложении Д, зачастую имеет место оппортунистическое поведение персонала/владельцев медицинских учреждений (как правило, это мошеннические схемы различного рода) в целях повышения своих доходов, в связи с чем страховщикам приходится бороться с этим явлением в различных его проявлениях.

Проведенный анализ количества случаев оппортунистического поведения был сделан только на основе статистической информации, предоставленной РЕСО-Гарантия, в связи с тем, что остальные опрошенные страховые организации либо отказались давать комментарии по данному вопросу, либо не регистрируют в своих информационных системах подобные случаи.

За 2019 год отделом урегулирования убытков по добровольному медицинскому страхованию САО «РЕСО-Гарантия» зафиксировано 98 случаев оппортунистического поведения при работе с лечебно-профилактическими учреждениями. Самым частым нарушением было превышение объема оказанных услуг сверх норм, установленных страховой программой. На втором месте по частоте нарушений идет выставление счетов за одни и те же оказанные медицинские услуги по полисам обязательного и добровольного медицинского страхования. В связи с тем, что большинство страховых организаций, занимающихся ДМС, не могут отследить и пресечь данное нарушение, они платят по таким счетам, выставленным клиниками. В связи с тем, что страховщики зачастую не проводят перекрестный анализ внутри своей корпоративной информационной системы на предмет оказания медицинской помощи одному и тому же застрахованному по разным страховым полисам, лечебно-профилактические учреждения этим активно пользуются и выставляют страховым организациям по несколько счетов за одни и те же услуги, но по разным договорам добровольного медицинского страхования. Два вида оппортунистического поведения страховщики не могут

отслеживать и пресекать в силу отсутствия информационно-технических инструментов на российском рынке, однако разрабатываемая сегодня Министерством здравоохранения Российской Федерации Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ) должна помочь страховым организациям выявлять и такие нарушения, как выставление лечебно-профилактическими учреждениями счета по разным договорам страхования у разных страховщиков за одни и те же оказанные медицинские услуги.

Также в Российской Федерации используются псевдостраховые схемы – «депозитное ДМС». В данные схемы включается группа, называемая «монополисы». Многие медицинские учреждения, которые оказывают платную медицинскую помощь, оформляют оплату этой помощи разовыми полисами добровольного медицинского страхования. Схема осуществляется следующим образом: пациент приходит в клинику, в ней же покупает разовый полис («монополис») на обследование, проходит обследование, после чего, зная свой диагноз, он покупает полис ДМС, на основании которого страховщик будет обязан оплатить его лечение. Следовательно, в данном случае страховое общество выступает как посредник, продающий услуги соответствующего медицинского учреждения, без рисково-страховой составляющей. Помимо этого, схема «монополисов» отличается крайне высокой убыточностью.

Как правило, многие страховщики на сегодняшний день предпочитают заключать договоры добровольного медицинского страхования с юридическими лицами, а не с физическими. Данная особенность вызвана следующими факторами: в силу менталитета, а также обыкновений и уровня страховой культуры населения индивидуальное лицо, заключившее контракт добровольного медицинского страхования, как правило, обязательно воспользуется услугами, предоставляемыми ему по приобретенному договору ДМС, в то время как сотрудник юридического лица, застрахованный по коллективному договору, воспользуется данным полисом с гораздо

меньшей вероятностью. Это подтверждается статистикой. Так, по итогам 2019 года¹⁾, как показано в таблице 3, коэффициент выплат по индивидуальным договорам ДМС выше, чем по коллективным.

Таблица 3 – Консолидированные результаты ДМС российских страховых обществ по состоянию на конец 2019 года

Страхователи	Заклучен- ные договоры	Страховые премии		Выплаты		
	штук	всего, тыс. руб	страховая премия на 1 договор, руб	штук	всего, тыс. руб	страховая выплата на 1 договор, руб
Физические лица	14 305 162	35 896 877	2510	2 003 955	10 559 672	5270
Юридические лица	2 728 680	144 757 909	53 051	37 241 133	115 935 783	3114

Источник: составлено по материалам [140; 154; 159].

При средней страховой премии в 2510 рублей на 1 договор страхования с физическим лицом страховая организация тратит на обслуживание около 5270 рублей. При этом на российском рынке также довольно широко распространена практика страхового мошенничества, когда несколько физических лиц объединяются в группу и от имени какого-нибудь юридического лица (чаще всего ИП) приобретают на данный коллектив добровольное медицинское страхование по стоимости ниже, чем если бы покупали в розницу. При этом в 90% случаев такой договор убыточен для страховщика ввиду того, что в конечном итоге решение о страховании принимает не юридическое лицо, а индивидуальные лица – каждый сам за себя, соответственно, и изначальная оплата страховой премии происходит из личных средств каждого застрахованного. В связи с тем, что Центральным

¹⁾ Итоги 2020 года не рассматриваются ввиду антипандемийных мер, принимаемых органами местного самоуправления в каждом отдельном регионе, в результате действия которых застрахованные лица не могли получать плановую медицинскую помощь на протяжении длительного времени, что, в свою очередь, искажает уровень востребованности медицинской помощи, не связанной с лечением и профилактикой COVID-19, и как следствие, не корректно показывает количество необходимых страховых выплат.

банком Российской Федерации не предоставляется информация о количестве застрахованных по различным видам страхования и в разрезе типов договора (индивидуальный/коллективный), невозможно проанализировать весь российский страховой рынок на предмет выявления убыточности по количеству застрахованных по индивидуальным и коллективным договорам страхования. Однако, как показано в таблице 4, на основании внутренней статистики САО «РЕСО-Гарантия» (занимает 3-е место на российском страховом рынке по сборам страховых премий в добровольном медицинском страховании по итогам 2019 года) можно выявить наиболее убыточный сегмент в ДМС.

Таблица 4 – Финансовые показатели портфеля добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» за 2019 год

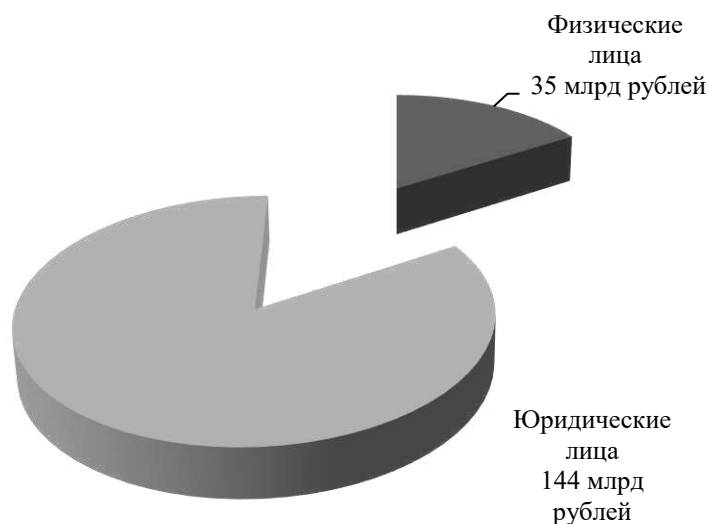
Источник поступления	Застраховано человек	Сборы страховой премии	Выплаты	Коэффициент выплат, в процентах
Всего	1 640 006	17 555	13 597	77,45
Юридические лица (ДМС классический)	888 868	15 374	11 947	77,71
Физические лица всего	751 138	2180	1650	75,69
Из них:				
Классический ДМС для физических лиц	19 852	1342	1474	109,84
ДМС для трудовых мигрантов	170 365	495	65	13,13
Защита от клеща	525 296	151	58	38,41
Экстренная помощь в ДТП	8413	149	31,0	20,81
Другие продукты для физических лиц	11 088	43	22,0	51,16

Источник: составлено автором.

В 2019 году у ведущего страховщика на российском рынке добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» коэффициент выплат по данному виду страхования составлял 77,45%, при этом наиболее убыточным является не сегмент коллективного страхования, а

именно «классическое» добровольное медицинское страхование, продаваемое физическим лицам.

Объем полученных денежных средств, как показано на рисунке 1, от юридического лица за страхование своих сотрудников гораздо больше, чем от физического лица за один страховой договор.

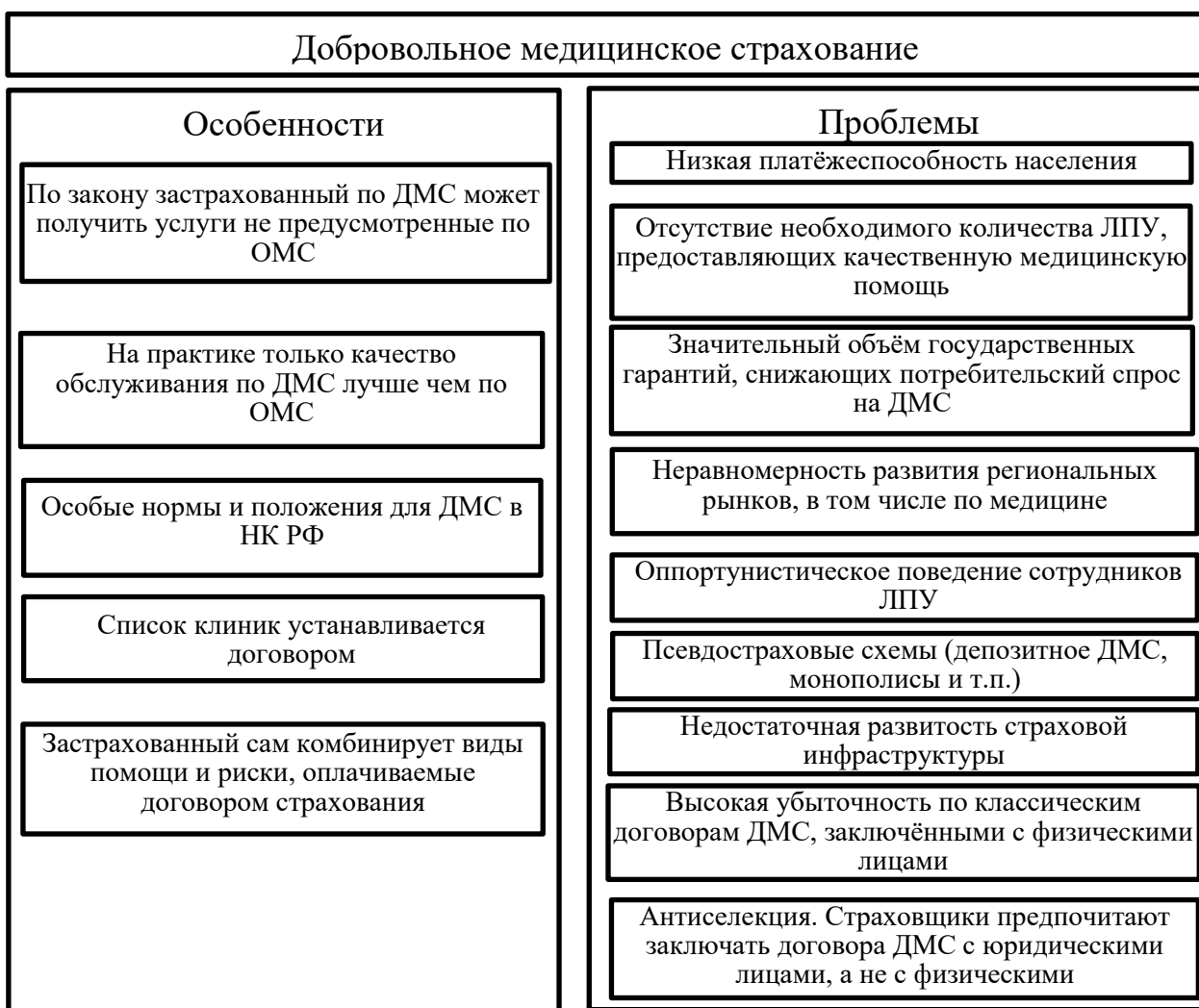


Источник: составлено на основе данных Центрального банка Российской Федерации [140; 154; 159].

Рисунок 1 – Соотношение собранных страховых премий по ДМС страховщиками в 2019 году

При страховании одного и того же количества человек юридическим лицом и физическими лицами на совершенно одинаковых условиях страхования уровень убыточности будет выше у физических лиц. Следовательно, более высокую прибыль страховщик получает при страховании сотрудников юридических лиц по договору ДМС. В связи с этим страховые общества, которые активно продают добровольное медицинское страхование физическим лицам (в розницу), повышают тарифную сетку на объемы услуг для последних, чтобы нивелировать убытки, связанные с повышенной частотой обращений.

Чтобы данный продукт приносил прибыль, как показано на рисунке 2, страховщик при оценке риска должен учитывать совокупность факторов, влияющих на данный страховой продукт и его убыточность.



Источник: составлено автором.

Рисунок 2 – Проблемы развития и особенности ДМС в России

Одной из самых прогрессивных и технологически развитых стран в области медицины считаются Соединенные Штаты Америки. Связано это с особенностями системы здравоохранения США:

– самые большие расходы на здравоохранение в мире – 17,14% от ВВП, как показано в приложении Б. В связи с этим большинство медицинских компаний (фармацевтических, производителей медицинского оборудования, телемедицинских и др.) так или иначе пытаются захватить свою нишу на этом рынке;

– отсутствует государственное регулирование стоимости медицинских препаратов. Сделано это для того, чтобы фармацевтические отрасли могли получить прибыль, которую в дальнейшем инвестировали бы в исследования и разработку новых более перспективных лекарственных средств, чем, в свою очередь, двигали бы научную базу в этой области. Как следствие, цена на лекарственные препараты на территории США многократно выше, чем на такие же в других странах мира. Данная особенность провоцирует фармацевтическую отрасль на сосредоточение основных сил именно на рынке Соединенных Штатов Америки;

– система оплаты медицинских счетов построена таким образом, что стоимость медицинских процедур многократно выше, если они оплачиваются страховой организацией, а не пациентом непосредственно в кассу лечебного учреждения [131] (например, стоимость диагностики и пребывания в палате с подозрением на пневмонию в течение двух часов в отделении интенсивной терапии с инвазионной терапией в госпитале для страховой организации обойдется в 4000 долл. США, а для пациента при оплате наличными будет стоить всего 1500 долл. США¹⁾).

Данные особенности системы здравоохранения приводят к тому, что средний уровень выплат по портфелю добровольного медицинского страхования у американских страховщиков крайне высока и составляет всего 94–96%.

Система ДМС в США появилась в 30-е годы XX века. Сегодня более 50% населения страны охвачено добровольным медицинским страхованием за счет работодателя, то есть более 160 млн человек. Всего в Штатах медицинским страхованием занимается около полутора тысяч компаний. Самым распространенным видом добровольного медицинского страхования в Америке, как и в России, является страхование на случай заболевания. Как правило, в основном по данному виду страхования страхователями выступают

¹⁾ Данные указаны на основании счетов на оплату, получаемых CAO «РЕСО-Гарантия» от лечебно-профилактических учреждений Соединенных Штатов Америки.

юридические лица (но может иметь определенную долю софинансирования и застрахованный). Однако не все служащие получают такую страховку, но в крупных организациях наличие данного вида страхования является почти неотъемлемым условием. При выборе такого вида страхования работодатель уплачивает страховщику страховую премию за каждого застрахованного сотрудника, а страховая организация потом оплачивает чеки клиникам за лечение застрахованных. Также в Соединенных Штатах Америки становится популярной предоплатная система, когда страховое общество при заключении договора с корпоративным клиентом осуществляет фиксированный денежный перевод в клиники за каждого прикрепляющегося к ней застрахованного лица, работающего на корпоративного клиента. В последние годы активно развивается страхование с франшизой, позволяющей значительно снизить стоимость медицинской страховки, особенно в случае софинансирования от застрахованного. Финансирование системы здравоохранения осуществляется из следующих источников: добровольное медицинское страхование 40%; личные средства граждан 20%; программы для малоимущих и пожилых 40% [114].

Десять лет назад ряд школ в штате Джорджия установили в своих зданиях телемедицинские кабинеты, и результатом данных введений стало то, что за 2011 год только одному ребенку из этих школ была нужна скорая медицинская помощь, около 118 экстренных госпитальных случаев было предупреждено, в результате чего было сэкономлено более 35,4 тысяч долл. США. В дальнейшем также были оборудованы соответствующие кабинеты в домах престарелых, в результате чего удалось избежать около 160 госпитализаций, что позволило сэкономить более 480 тысяч долл. США [170]. Несмотря на столь значительные усилия правительства Соединенных Штатов Америки, направленные на здравоохранение, страна находится на 50-м месте в рейтинге эффективности системы здравоохранения.

В Израиле, который находится на 7-м месте по уровню здравоохранения в мире (согласно рейтингу Bloomberg за 2018 год), в системе добровольного медицинского страхования работают около семидесяти страховщиков, при этом более 50% рынка контролируют четыре крупных страховых организации. По ДМС застраховано почти 20% граждан Израиля, однако данный процент неуклонно растет каждый год [136].

Во Франции существует обязательное медицинское страхование, однако оно покрывает не все 100% расходов граждан на визит к врачу. Например, доктор/клиника может выписать пациенту счет на сумму большую, чем готово возместить государство. Вследствие этого более 85% граждан Франции приобретают еще и ДМС. В результате этого бюджет системы здравоохранения формируется из источников в следующей пропорции: ОМС 50%; ДМС 20%; государственное софинансирование 10%; личный бюджет граждан 20% [136].

В Германии же добровольное медицинское страхование распространяется на тех лиц, которые в силу своих высоких доходов, более 40 034 евро в год, или по роду профессиональной занятости не могут быть застрахованы по обязательному медицинскому страхованию, а также на тех граждан, которые, помимо обязательного страхования, имеют возможность и желание приобрести дополнительное медицинское страхование, расширяющее спектр медицинской помощи, положенной им по обязательному страхованию. Согласно статистическим отчетам 80% населения Германии застрахованы по обязательному медицинскому страхованию, из них только 3% приобретают дополнительное медицинское страхование, 15% граждан пользуются только добровольным медицинским страхованием, 5% вовсе не имеют медицинского страхования. Финансирование системы здравоохранения осуществляется из следующих источников: обязательное медицинское страхование 60%; добровольное медицинское страхование 10%; государственное софинансирование 15%; личные средства граждан 15% [81]. В Федеративной Республике Германия так

же, как и в Российской Федерации, страховая премия по добровольному медицинскому страхованию формируется с учетом индивидуальных особенностей застрахованного. Расходы населения на ДМС ежегодно увеличиваются в среднем на 5%. Основные отличия дополнительного медицинского страхования от обязательного в Германии:

- величина пособий по болезни выше;
- за курортное лечение можно вернуть деньги за счет страховщика;
- медицинская помощь покрывается по всему миру;
- освобождение от уплаты страховых взносов в случае, если клиент не обращался за медицинской помощью в течение от одного до шести месяцев.

В Испании, которая находится на 3-м месте по качеству системы здравоохранения, обязательное медицинское страхование появилось в 1942 году. Изначально по нему была застрахована только трудоустроенная часть населения, но уже в 1977 году в связи с принятием новой конституции все граждане получили возможность получать медицинскую помощь за счет государственных гарантий. С 2012 года право получить бесплатную медицинскую помощь снова вернулось только к работающим гражданам. При этом по обязательному медицинскому страхованию застраховано около 93% граждан Испании. Остальные 7%, как правило, имеют полис добровольного медицинского страхования в связи с тем, что медицинское обслуживание, особенно в частных клиниках, крайне дорогостоящее [136]. Это, в свою очередь, обусловлено тем, что в Испании очень развит «медицинский туризм». Примерно 15% всех оказываемых медицинских услуг в Испании приходится на добровольное медицинское страхование, около 99% всего частного медицинского обслуживания оплачивается страховыми организациями.

Коэффициент выплат добровольного медицинского страхования в Испании составляет 35–45%, хотя характеристики системы здравоохранения схожи с российскими. Рассмотрим в таблице 5 специфику андеррайтинга,

проводимого испанскими, французскими, германскими и российскими страховщиками, в добровольном медицинском страховании.

Таблица 5 – Спецификация андеррайтинга добровольного медицинского страхования в России и в зарубежных странах

Франция	Германия	Испания	Россия
1	2	3	4
Медицинская анкета требуется только для страхования в коммерческих страховых организациях	Медицинская анкета нужна, чтобы корректно рассчитать страховой тариф с учетом имеющихся заболеваний. Телемедицинские технологии не используются для разговора между врачом и застрахованным перед заключением договора. Медицинскую анкету заполняет не врач, а клиент	Медицинская анкета нужна. По ней врачи определяют, что будет исключено из покрытия. Как правило, используются телемедицинские технологии для разговора врача с клиентом для составления медицинской анкеты	Медицинская анкета нужна, чтобы корректно рассчитать страховой тариф с учетом имеющихся заболеваний. Телемедицинские технологии не используются для разговора между врачом и застрахованным перед заключением договора. Медицинскую анкету заполняет не врач, а клиент
И пол, и возраст клиента важны, возрастных ограничений на первичное приобретение ДМС нет	И пол, и возраст клиента важны, возрастных ограничений на первичное приобретение ДМС нет	Возраст важнее пола, пол почти не влияет на базовый тариф у совершеннолетних. Однако лица старше 65 лет не могут приобрести ДМС в первый раз	И пол, и возраст влияют на тариф. Но чаще всего страховщики усредняют тарифы. Верхний возрастной порог для первичного приобретения ДМС составляет 80 лет
Профессиональная занятость лица, принимаемого на страхование, не имеет значения для размера страхового тарифа	Профессиональная занятость лица, принимаемого на страхование, не имеет значения для размера страхового тарифа	Профессиональная занятость лица, принимаемого на страхование, не имеет значения для размера страхового тарифа	Профессиональная занятость лица, принимаемого на страхование, учитывается при расчете страховой премии
Страховая премия за принятие на страхование ребенка 9 лет будет гораздо ниже, чем ребенка 15 лет или взрослого	Страховая премия за принятие на страхование ребенка 9 лет будет гораздо ниже, чем ребенка 15 лет или взрослого	Страховая премия за принятие на страхование ребенка 9 лет будет гораздо ниже, чем ребенка 15 лет или взрослого	Ребенок 8 и 15 лет обходится примерно одинаково. Наиболее дорогая категория – груднички и дети до 5 лет
Несколько вариантов применяемой к договору страхования франшизы	Несколько вариантов применяемой к договору страхования франшизы	Несколько вариантов применяемой к договору страхования франшизы	Применяется один вариант франшизы

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4
Несколько вариантов медицинских сетей (базовый, расширенный, полный)	Несколько вариантов медицинских сетей (базовый, расширенный, полный)	Несколько вариантов медицинских сетей (базовый, расширенный, полный)	Как правило, предлагается одна клиника или одна сеть клиник
В договор страхования включены такие риски, как рак/онкология	В договор страхования включены такие риски, как рак/онкология	В договор страхования включены такие риски, как рак/онкология	Критические заболевания, такие как онкология, не покрываются добровольным медицинским страхованием или на них заключается специальный договор страхования
Страховщик не может исключить из страхового покрытия заболевания, существующие у клиента на момент заключения договора	Страховщик вправе исключить из страхового покрытия заболевания, существующие у клиента на момент заключения договора	Предсуществующие состояния входят в список заболеваний, которые не являются страховым событием	Предсуществующие состояния являются страховым случаем, если только сам диагноз не является исключением из стандартных условий договора
Амбулаторная помощь не включена в базовый план	Амбулаторная помощь не включена в базовый план	Амбулаторная помощь не включена в базовый план	Амбулаторная помощь чаще всего включена в базовый план
Основным вариантом является план с франшизой на каждый визит к врачу (франшиза примерно 10–20 евро)	Основным вариантом является план без франшизы	Основным вариантом является план с франшизой на каждый визит к врачу (франшиза примерно 10–20 евро)	Основным вариантом является план без франшизы
Нет информации	Нет информации	Может застраховаться только гражданин страны либо лицо со сроком проживания от 6 месяцев	Может застраховаться любой гражданин, в том числе нерезидент
Нет информации	Нет информации	Надо иметь прикрепление к одному из врачей общей практики в Испании	Прикрепление к врачам не производится, но в зависимости от страхового покрытия может быть выбрана программа с личным врачом

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4
Один из главных факторов – курение	Один из главных факторов – курение	Один из главных факторов – курение	Нет
Нет информации	Нет информации	Запрет на страхование спортсменов-профессионалов	Нет запрета

Источник: составлено на основании информации, полученной из правил ДМС ведущих страховых организаций данных стран: AXA, Allianz, DKV Club Salud y Bienestar, PESCO-Гарантия; [134; 149].

Андеррайтинг в добровольном медицинском страховании, проводимый российскими и зарубежными страховыми компаниями, в целом очень похож, но некоторые процедуры и условия заключения договора, влияющие на страховой тариф, различны. Так, например, одним из основных значимых различий является применение телемедицинских технологий испанскими страховщиками для составления медицинской анкеты. Данная процедура является критичной в связи с тем, что при непосредственном разговоре врача и клиента врач может с большей долей вероятности определить, какие проблемы с состоянием здоровья есть у потенциального застрахованного и какие еще могут возникнуть. На основании этого врач с большей степенью вероятности может определить риск наступления страхового события. Это позволяет испанским страховым организациям более корректно устанавливать поправочные коэффициенты к договору страхования, тем самым снижая страховую антиселекцию, не заставляя более здоровых людей переплачивать за страховой полис из-за менее здоровых. В свою очередь, это делает стоимость страховых услуг более доступной и привлекает новых клиентов, тем самым повышает конкурентоспособность страховой организации. А также влияет на убыточность страхового портфеля за счет формирования адекватной, прибыльной величины страховой премии. Так, например, один из крупнейших игроков испанского страхового рынка DKV Club Salud y Bienestar использует телемедицинские консультации при формировании анкеты застрахованного. Использование данных технологий в процедуре

андеррайтинга способствует уровню выплат у данного страховщика в 32,75% при сборах в 536,247 млн евро. На данный момент различные испанские страховые организации разрабатывают модели применения телемедицинских технологий в области биомониторинга для определения состояния здоровья работников потенциального корпоративного страхователя. Всем сотрудникам юридического лица, принимаемым на страхование, будут выдаваться специальные устройства, считывающие в режиме реального времени различные медицинские параметры о состоянии здоровья; перед заключением договора страхования все данные, полученные с этих устройств, будут обрабатываться по специальной скоринговой таблице, которая будет выявлять степень вероятности риска наступления того или иного страхового события, в соответствии с которым каждому потенциальному застрахованному будет присваиваться соответствующий поправочный коэффициент. По предварительным подсчетам экспертов испанских страховых организаций, имплементация телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга позволит поднять уровень рентабельности портфеля добровольного медицинского страхования еще на 5–15%.

На фоне увеличения убыточности добровольного медицинского страхования за последние три года многие отечественные страховщики начинают задумываться о включении телемедицинских технологий не только в процесс организации и оказания медицинской помощи, но и в андеррайтинг¹⁾. Так, например, в начале весны 2019 года ООО СК «Сбербанк страхование жизни» уже включил телемедицинские технологии в предстраховой осмотр своих застрахованных.

Андеррайтинг добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

Как показано в приложении Е, в отечественной и зарубежной экономической литературе по страхованию можно найти различные

¹⁾ Вывод сделан на основе неофициального опроса представителей ведущих страховых организаций отечественного страхового рынка.

дефиниции андеррайтинга. Большинство авторов определяют андеррайтинг как процесс страховой организации, при этом в основном все авторы описывают данный процесс как некую процедуру, заключающуюся только в оценке рисков, принимаемых на страхование, и тарификации страховой защиты по ним, опираясь на то, что андеррайтинг в страховом сегменте содержит два базовых элемента: классификацию и отбор. Основная роль классического андеррайтинга, как показано на рисунке 3, установление итоговой суммы страховой премии заключаемого договора страхования.



Источник: составлено автором.

Рисунок 3 – Процесс определения конечной величины страховой премии по контракту ДМС

Отбор – это процесс, в результате которого андеррайтер рассматривает анкеты и заявления от клиентов с целью оценки риска. Классификация – это процесс разделения лиц, принимаемых на страхование, с одинаковой вероятностью возникновения того или иного заболевания.

Однако, помимо отбора и классификации, андеррайтинг выполняет также роль «защитника» сбалансированности страхового портфеля и его рентабельности, создавая комплекс мероприятий, направленных на снижение убыточности принимаемых на страхование рисков, еще до получения информации об объектах и рисках, которые необходимо принять на страхование. Так, например, в добровольном медицинском страховании андеррайтеры классифицируют все медицинские учреждения, с которыми у страховщика договорные отношения, в зависимости от ценовой политики данных лечебно-профилактических учреждений. Помимо этого, как правило, если андеррайтер видит очень высокий риск вероятности наступления того или иного страхового события, он может применить «отказной» поправочный коэффициент¹⁾. В связи с этим наиболее полным определением страхового андеррайтинга, на текущий момент, является трактование, данное Архиповым А.П. и Дьяковым Е.И.²⁾ Однако данные ученые ставят не оценку рисков на 1-е место, а принятие рисков на страхование. При том, что основной целью андеррайтинга является именно обеспечение гарантии того, что степень наступления риска у принимаемого на страхование лица соответствует условиям страхования и страховой премии, то есть финансово-экономическая и вероятностная оценка рисков объекта, принимаемого на страхование. По результатам работы предлагается следующее определение.

¹⁾ Отказной поправочный коэффициент – множитель страховой премии, кратно несколько повышающий ее величину до уровня, когда клиент с большой вероятностью откажется страховать свои риски.

²⁾ «Андеррайтинг – это бизнес-процесс страхования, заключающийся:

- в страховании (перестраховании) или отклонении заявленного объекта страхования на основе оценки присущих этому объекту индивидуальных рисков с целью формирования или корректировки условий договора страхования и определения страхового тарифа;
- в разработке мероприятий по защите всего или части страхового портфеля;
- в разработке и исполнении мероприятий по снижению принятых на страхование (перестрахование) рисков» [23].

«Андеррайтинг в страховании – это бизнес-процесс страхования, являющийся частью системы оценки и управления рисками в страховой организации и заключающийся в:

– финансово-экономической и вероятностной оценке риска у объекта, заявленного на страхование, с целью детерминации такой тарифной ставки и условий договора страхования, чтобы страховщик с большой долей вероятности получил расчетную чистую прибыль;

– созданию и корректировании матрицы тарифных ставок на основе консолидации и классификации данных о возможных рисках и их частотности у различных объектов страхования, а также соответствующих расходов в случае наступления страхового события;

– формировании барьерных условий, препятствующих несанкционированному увеличению рисков страховщика при исполнении им его обязательств по заключенным договорам страхования – применение дополнительных условий / ограничений на ответственность страховщика при урегулировании страхового случая»¹⁾.

В дальнейшем в работе будет подразумеваться именно это определение андеррайтинга.

Различным бизнес-процессам страховой организации свойственны следующие характеристики: границы входа и выхода в процесс, первичный вход и выход, время выполнения шагов процесса, продуктивность (количество расходуемых ресурсов в процессе), стоимость затрат на процесс, результативность (достижение результата процесса), последовательность действий, этап контроля и анализа, адаптивность (гибкость бизнес-процесса), повторяемость (как часто по окончании процесса получается одинаковый результат), сложность входящих данных, количество типовых операций в процессе, производительность (отношение количества единиц на выходе к

¹⁾ Лица, имеющие отношение к системе оценки и управления рисками в страховых организациях «РЕСО-Гарантия», «Ингосстрах жизнь», «Альянс», «Росгосстрах жизнь», подтвердили корректность данного трактования термина «андеррайтинг» при проведении независимого опроса.

количеству единиц на входе), безопасность (количество факторов и/или лиц, способных вмешаться в процесс, тем самым нарушив качество результата).

Однако процесс андеррайтинга нельзя охарактеризовать через все параметры, указанные выше. Андеррайтингу свойственны только следующие характерные показатели: результативность, продуктивность, безопасность, стоимость затрат на процесс, последовательность действий, сложность входящих данных, количество типовых операций, границы входа и выхода, время выполнения шагов процесса. При этом основной отличительной особенностью андеррайтинга от других бизнес-процессов страховой деятельности является результативность, так как данный показатель влияет не только на стоимость продаваемого продукта, но и на его дальнейшую убыточность, а также на весь результат страховой деятельности. Таким образом, результативность можно назвать основным показателем, характеризующим андеррайтинг.

Андеррайтинг, как в общем страховании, так и в добровольном медицинском, играет одну из самых важных ролей, так как результативность работы андеррайтеров напрямую влияет на экономико-финансовую составляющую всей организации. Как показано в приложении Ж, в отечественной экономической литературе по страхованию можно встретить различные трактовки понятия «медицинский андеррайтинг». Различные российские ученые и эксперты, как показано в приложении И, также подчеркивают важность качества проводимого андеррайтинга для страхового бизнеса.

Основной целью андеррайтинга в добровольном медицинском страховании является обеспечение гарантии того, что степень наступления риска у принимаемого на страхование лица соответствует условиям страхования и страховой премии. Тем самым в процессе андеррайтинга определяется как себестоимость страхового полиса для данного застрахованного (величина факторов, влияющих на себестоимость, всегда разная), так и брутто-премия этого договора.

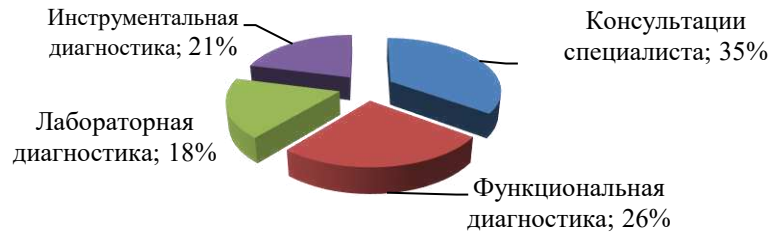
В страховании понятие «риск» является одним из основных в формировании страхового продукта. Риском в добровольном медицинском страховании является наступление страхового события вследствие заболевания, травмы или иного недуга застрахованного. Список событий, попадающих под страховые (покрываемые страховой программой), перечислен в договоре добровольного медицинского страхования, однако, как правило, в контракте указаны те события, которые не попадают под понятие «страховой случай». Включение за дополнительную плату того или иного риска и вида медицинской помощи в страховую программу обсуждается со страховщиком отдельно при заключении контракта. Основываясь на данных факторах, можно заключить, что в ДМС риск имеет физиологическую природу, но выражен в стоимостной форме.

Особенностью андеррайтинга в ДМС является то, что тариф зависит от стоимости оказания медицинской помощи по страховому договору в том или ином медицинском учреждении, а также от перечня услуг (рисков), включенных в страховую программу. Стоимость обслуживания в лечебно-профилактических учреждениях, в свою очередь, определяется ценами на медицинские услуги по прейскуранту учреждения здравоохранения. Классифицировав ценовую политику лечебно-профилактического учреждения, андеррайтер определяет размер базовой страховой премии для обслуживания застрахованного в данном медицинском центре. Чаще всего в программу добровольного медицинского страхования включают следующие виды помощи:

- амбулаторную;
- стоматологическую;
- стационарную;
- скорую медицинскую.

Также для объективного андеррайтинга имеют значение не только виды медицинской помощи, но и список услуг, которые в них входят, и список исключений. На основе проведенных аналитических исследований, как

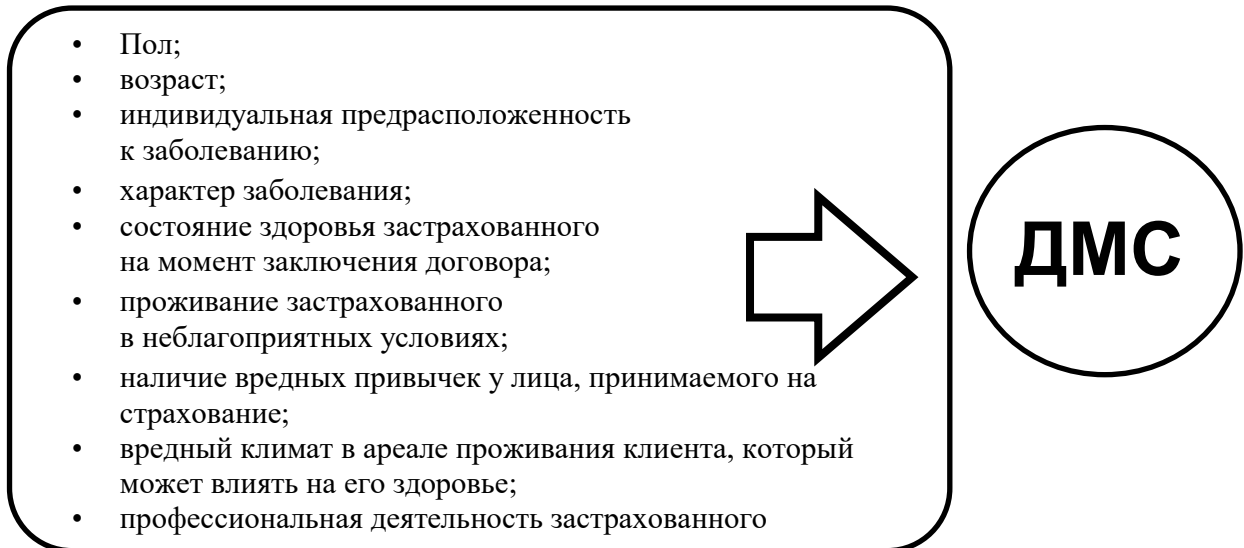
показано на рисунке 4, на базе портфеля САО «РЕСО-Гарантия» по добровольному медицинскому страхованию в 2015–2019 годах удалось выяснить наиболее востребованные виды диагностики амбулаторной помощи.



Источник: составлено на основе портфеля добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия».

Рисунок 4 – Структура амбулаторной помощи по видам диагностики

В связи с физиологической природой риска в добровольном медицинском страховании андеррайтеру для его адекватной оценки, как показано на рисунке 5, необходимо учитывать ряд факторов, которые имеют на нее влияние.



Источник: медицинские анкеты и правила ДМС страховщиков российского страхового рынка.

Рисунок 5 – Факторы, оказывающие влияние на степень вероятности наступления страхового события

Ценовая политика страховой организации напрямую зависит от андеррайтинга, который позволяет учитывать дифференциацию рисков, а также сохраняет тарифную сетку на уровне конкурентоспособности.

Рисунок 6 показывает, что процесс андеррайтинга в добровольном медицинском страховании осуществляется в несколько фаз и основывается на входящих документах.



Источник: составлено автором.

Рисунок 6 – Процесс андеррайтинга в добровольном медицинском страховании

Грамотный андеррайтинг в ДМС необходим для адекватной оценки рисков, принимаемых на страхование, в связи с тем, что существует вероятность антиселекции, в результате чего страховщик получит гарантированный убыток по таким контрактам. Также существует вероятность консолидации группы рисков, это может быть при заключении договора как с юридическим лицом, так и с физическим, например:

– при договоре с юридическим лицом у него происходит чрезвычайное происшествие на предприятии/производстве, в результате которого получает увечья группа застрахованных работников;

– при договоре с физическим лицом у застрахованного возникла болезнь/травма, результатом которой стало обострение хронического заболевания;

– большая концентрация страховых договоров, действующих на одной территории, возможность стихийных бедствий, техногенных катастроф и т.п.

Первый этап андеррайтинга заключается в определении списка лечебно-профилактических учреждений, предлагаемых клиенту. В зависимости от их ценовой политики и востребованности клиентами данные медицинские учреждения разбиваются на категории, где для каждой категории установлена фиксированная цена, сколько тот или иной объем услуг стоит в данной клинике для страхователя.

Следующим этапом является определение общих исключений из правил страхования добровольного медицинского страхования, в том числе какие болезни и услуги не являются страховыми.

Для каждой группы болезней, которые уже, возможно, будут иметься у клиентов, определяются повышающие коэффициенты. В том случае если речь идет о пролонгации, также устанавливаются повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от экономико-статистических данных, полученных с помощью мониторинга во время действия предыдущего договора.

На основе вышеназванных этапов составляется тарифная сетка/прайс лист/скоринговая модель. Далее на основе тарифной сетки и данных, полученных от клиента (заявление, анкета, коммерческое предложение, договор), определяется размер повышающего коэффициента и итоговая сумма за страховой контракт, который приобретает клиент.

В связи с тем, что распространение персональных и медицинских данных физического лица без его согласия в Российской Федерации запрещено, анкета/опросный лист, который заполняет само лицо, принимаемое на страхование, является для страховщика основным источником информации о болезнях, имеющихся у застрахованного.

Медицинские показатели лица, принимаемого на добровольное медицинское страхование, имеют существенное влияние при оценке страхового риска. При заключении контракта ДМС страховщик вправе не только не ограничиться лишь анкетой, но и попросить застрахованного также пройти диагностические обследования с целью определения фактического состояния здоровья застрахованного. Если у лица, принимаемого на страхование, выявлена хроническая болезнь путем анкетирования или обследования при заключении договора, то такой риск, как данное заболевание, не будет приниматься во внимание либо обращения по данному заболеванию не будут признаны страховыми, поэтому оплате или компенсации расходов, связанных с ним, со стороны страховщика не подлежат. При этом анкетирование и/или медицинское обследование до заключения договора страхования применяется только при работе с индивидуальными клиентами, а не корпоративными, так как при коллективном страховании очень трудозатратно проанализировать все медицинские анкеты, особенно когда такой коллектив измеряется сотнями или даже тысячами человек, ввиду этого в данных случаях применяются другие способы оценки принимаемых на страхование рисков и их вероятность наступления.

В том числе андеррайтеру при заключении договора страхования с физическим лицом необходимо принимать во внимание следующие факторы:

- заболевания, которые увеличивают период выздоровления застрахованного;
- заболевания, увеличивающие затраты на лечение застрахованного;
- заболевания, которые могут привести к осложнениям уже имеющихся;

– заболевания, которые затрудняют определение наступления факта страхового случая.

На сегодняшний день примерно 50% всех застрахованных граждан по добровольному медицинскому страхованию имеют данный полис от работодателя.

При заключении корпоративного договора страховщик анализирует следующую экономико-статистическую информацию:

- общую численность застрахованных;
- пол застрахованных;
- возраст лиц, принимаемых на страхование;
- соотношение сотрудников и родственников застрахованных;
- компоненты программ добровольного медицинского страхования;
- профессиональную деятельность;
- стаж страхования.

Также при заключении контракта с юридическим лицом используется упрощенный андеррайтинг. Это связано с несколькими факторами. Во-первых, это большая однородность рисков, принимаемых на страхование. Во-вторых, объем информации, который необходимо обработать при обычной системе андеррайтинга.

При коллективном страховании, как правило, используется не анкета застрахованного, а пункт в договоре, свидетельствующий об отсутствии заболеваний у застрахованных. Учитывая, что 90–95% всех выплат по добровольному медицинскому страхованию, как показано в таблице 6, приходится на сотрудников юридических лиц, страховые организации используют таблицу поправочных коэффициентов в зависимости от числа работников у корпоративного клиента, которые будут застрахованы. Чем больше количество застрахованных по договору добровольного медицинского страхования, тем меньше поправочный коэффициент. Таким образом для крупных корпоративных клиентов страховой полис на 1-го сотрудника

обходиться значительно дешевле, чем для представителей малого и среднего бизнеса.

Таблица 6 – Поправочные коэффициенты к количеству застрахованных в рамках одного корпоративного договора

Количество человек	Поправочный коэффициент
1–5	1,70
6–10	1,50
11–50	1,00
51–100	до 0,95
101–350	до 0,9
351–500	до 0,85
более 501	до 0,8

Источник: составлено по материалам [149].

Половозрастная группа в коллективном страховании имеет большое влияние на итоги андеррайтинга, так как согласно статистике женщины обращаются за медицинской помощью чаще мужчин, то и стоимость услуг на женские консультации выше, чем у мужчин. Соответственно, и пожилые люди гораздо чаще обращаются за медицинской помощью, чем молодые. В связи с этим если в коллективном договоре добровольного медицинского страхования преобладают женщины или лица пожилого возраста, то итоговая стоимость договора будет увеличена, и наоборот, если в списке застрахованных в основном мужчины и/или молодые люди, то стоимость договора будет снижена. На основе анализа этой статистики, как показано в приложении К, страховщики разработали поправочные половозрастные коэффициенты для различных видов медицинской помощи. В том числе следует учитывать, что дети до 3 лет госпитализируются с одним из родителей, в связи с чем стоимость пребывания в стационаре таких детей будет дороже в 1,5 раза. При расчете половозрастного коэффициента для коллектива андеррайтеру достаточно определить средний возраст и количество мужчин и женщин в группе застрахованных. Таким образом, получается, что стоимость программы добровольного медицинского страхования для коллектива организации М, где доля сотрудников мужского пола составляет 98%, а

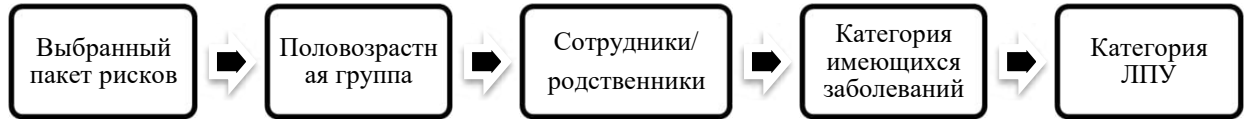
средний возраст коллектива – 29 лет, при прочих равных условиях будет значительно дешевле, чем стоимость страховки для организации W, где женщины составляют 67% всех сотрудников и средний возраст коллектива равен 41 году.

Организации зачастую страхуют не только своих сотрудников, но и их родственников – как правило, это дети и супруги. В связи с этим при определении тарифа андеррайтер должен уделять внимание доле родственников в общей численности застрахованных, а также тому, сам ли сотрудник оплачивает страховой взнос или оплата страховки родственника – это одна из составляющих социального пакета предприятия.

Помимо этого, страховщики выделяют следующие группы коллективных страхователей: банковские структуры и различные финансовые институты, промышленные фабрики и заводы, сфера услуг, агропромышленные кластеры. Анализируя особенности деятельности страхователя (юридического лица), страховая организация иногда включает в договор ДМС различные ограничения¹⁾ на те или иные виды медицинской помощи. В том числе в целях ухода от выплат по данным заболеваниям страховщик может предложить включение в договор добровольного медицинского страхования профилактику этих заболеваний. Например, если работа сотрудников осуществляется ими стоя, то может быть предложена консультация флеболога или хирурга-ортопеда. Довольно часто при публикации тендерного запроса на добровольное медицинское страхование коллектива будущий страхователь не предоставляет списки застрахованных. В этом случае, как показано в приложении Л, андеррайтер может воспользоваться отраслевыми коэффициентами. Вид экономической деятельности страхователя позволяет определить с некой долей вероятности половозрастной состав занятого в этой отрасли коллектива.

¹⁾ Страховые подлимиты, франшиза (временная; в денежном или процентном эквиваленте; условная; безусловная; условно-безусловная), исключение из страхового покрытия.

Следующим этапом андеррайтинга является анализ страховых программ¹⁾ у лиц, принимаемых на страхование. На данной фазе, как показано на рисунке 7, андеррайтеры страховой организации классифицируют всех будущих застрахованных в зависимости от их половозрастных данных.



Источник: составлено автором.

Рисунок 7 – Критерии для составления программы добровольного медицинского страхования и последующего андеррайтинга

Каждой половозрастной категории страховщиком присваивается свой поправочный коэффициент к страховой нетто-премии. Иногда страховыми организациями у страхователей запрашивается информация по лицам, имеющим серьезные заболевания. Однако при коллективном страховании, так же как и при розничном, достаточно часто наблюдается антиселекция: с одной стороны, страховщик хочет принять на страхование лиц с низкой группой риска, а с другой стороны, страхователь хочет застраховать лиц с высокой группой риска.

Заключительный этап андеррайтинга заключается в подписании договора, согласовании всех условий договора со страхователем. После того как договор подписан с двух сторон, работа андеррайтера по данному договору закончена до наступления периода его пролонгации.

С помощью грамотного андеррайтинга, взвешенной ценовой политики и адекватного подхода к лечебно-профилактическим учреждениям прибыль до налогообложения может достигать 40–50% от суммы собранных нетто-страховых премий по данному виду страхования.

¹⁾ Программа добровольного медицинского страхования – виды и объем медицинской помощи, получаемые застрахованным, на которые распространяется действие договора страхования.

Также в андеррайтинге должен соблюдаться баланс интересов. Недостатки процедуры андеррайтинга указаны на рисунке 8.



Источник: составлено автором.

Рисунок 8 – Недостатки андеррайтинга договоров добровольного ДМС

Принимая решение о принятии на страхование того или иного объекта/риска, андеррайтер устанавливает минимальный размер страховой премии, с которым придётся в дальнейшем работать многим сотрудникам компании. Например, при установлении слишком высокого тарифа андеррайтером продавец не сможет заключить договор с потенциальным страхователем и страховщик не получит страховую премию по этому договору. Если тариф окажется низким (демпинг), то, скорее всего, страховая

организация получит убыток в результате выполнения своих обязательств по страховому договору. Также если условия контракта будут сильно отличаться от стандартных и общепринятых, перестраховать такое соглашение страховщику будет крайне тяжело или даже невозможно. В конце всего бизнес-процесса по ведению договора страхования находятся акционеры организации, которых интересует чистая прибыль по договору и портфелю в целом.

Из-за недостатков системы андеррайтинга ДМС, применяемой российскими страховщиками, как показано в таблице 7, до 2019 года почти у всех игроков российского страхового рынка наблюдалось увеличение коэффициента выплат. Однако стоит сразу заметить, что в 2019 году цифры изменились в лучшую сторону преимущественно только из-за массового распространения на рынке недорогих страховых полисов, не требующих сложных алгоритмов андеррайтинга и дальнейших выплат. Пример был описан в таблице 6.

Таблица 7 – Договоры и выплаты по российскому рынку добровольного медицинского страхования

Статистический показатель	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год
Заключено договоров, тыс. штук	10 328	10 271	11 086	12 317	17 033
Страховая премия, млн руб.	128 956	137 816	140 007	151 842	180 654
Заявленных убытков, тыс. штук	16 632	15 723	22 486	45 836	55 181
Урегулировано убытков, тыс. штук	16 894	15 886	22 685	36 629	42 678
Страховая выплата, млн руб.	99 641	100 634	105 811	111 930	126 495
Отказано в выплате, штук	16 176	12 231	26 283	7 172	8 628
Средняя выплата, рублей	5897,93	6334,42	4664,34	3055,71	2963,89

Источник: составлено на основании данных Центрального банка Российской Федерации [140; 154; 159].

В 2016 году было заключено на 56518 контрактов меньше, чем в 2015 году, количество урегулированных убытков уменьшилось на один млн единиц, при этом сумма страховых выплат увеличилась почти на один млрд рублей. Это свидетельствует об увеличении средней выплаты. Так, например, в 2015 году средняя выплата по страховому случаю составляла

5897,94 рубля, а в 2016 году 6334,42 рубля, что на 436,48 рубля меньше. В 2017 году заключено на 815061 договоров больше, чем в 2016 году, количество урегулированных убытков выросло почти на 6,8 млн единиц, а сумма страховых выплат увеличилась более чем на 5,18 млрд рублей. Однако при этом средняя сумма выплат уменьшилась на 1670 рублей с 6334,42 до 4664,35 рубля, а также уровень выплат по всему рынку добровольного медицинского страхования увеличился на 2,55%. В 2018 году произошло двукратное увеличение числа заявленных страховых случаев по отношению к прошлому году, при том что динамика увеличения числа заключаемых договоров и собираемой страховой премии осталась прежней. Одной из причин такого изменения показателей является то, что в результате стремительного возросшего количества заключенных договоров страховщики не смогли выделить необходимое количество ресурсов на оценку рисков, принимаемых на страхование, тому также служит подтверждением, что в 2018 году количество отказов в выплате сократилось в несколько раз. В 2019 году произошел взрывной рост на рынке добровольного медицинского страхования, как в части собранных страховых премий, так и количества заключаемых договоров страхования. Данный скачок был вызван в первую очередь широким проникновением на российский страховой рынок и распространением на нем недорогих полисов добровольного медицинского страхования для физических лиц. Одним из главных таких продуктов стала телемедицина, которая в свою очередь была имплементирована страховщиками не только как обособленный продукт для индивидуальных и корпоративных клиентов, но и как бесплатное дополнение к классическому пакету ДМС, включающему риск «Амбулаторная помощь» (Поликлиническое обслуживание). В результате широкого распространения данной страховой услуги, как отмечает множество экспертов, а также представители Центрального банка Российской Федерации, страховым организациям удалось не только увеличить сборы страховой премии, но и снизить среднюю выплату по страховому портфелю.

Несмотря на общую позитивную картину в 2019 году по сравнению с 2018 годом, у ряда лидеров российского страхового рынка, как показано в таблице 8, наблюдалось существенное увеличение уровня выплат за последние 3 года.

Таблица 8 – Финансовые показатели портфеля добровольного медицинского страхования у ряда лидеров российского страхового рынка

Год	Показатель	Ингосстрах	Альянс	Ренессанс	ВСК	ЭнергоГарант	МАКС
2015 год	Премии	8,07	7,36	4,48	3,17	2,23	1,76
	Выплаты	6,71	5,39	2,7	1,46	1,51	1,51
	Коэффициент выплат, в процентах	83,15	73,23	60,27	46,06	67,71	85,80
2016 год	Премии	7,73	9,67	5,74	4,3	2,45	1,59
	Выплаты	6,45	4,55	3,16	2,2	1,83	1,48
	Коэффициент выплат, в процентах	83,44	47,05	55,05	51,16	74,69	93,08
2017 год	Премии	8,51	6,61	5,92	5,26	2,16	1,48
	Выплаты	6,17	4,56	3,35	2,42	1,55	1,4
	Коэффициент выплат, в процентах	72,50	68,99	56,59	46,01	71,76	94,59
2018 год	Премии	9,37	7,78	6,31	6,46	2,08	1,49
	Выплаты	6,70	5,14	4,18	2,87	1,49	1,42
	Коэффициент выплат, в процентах	71,50	66,15	66,24	44,43	72,68	95,95
2019 год	Премии	10,89	8	6,85	7,18	1,86	1,57
	Выплаты	8,37	5,76	4,66	3,79	1,45	1,51
	Коэффициент выплат, в процентах	76,86	72,00	68,03	52,79	77,96	96,18

Примечание – Итоги 2020 года не рассматриваются ввиду антипандемийных мер, принимаемых органами местного самоуправления в каждом отдельном регионе, в результате действия которых застрахованные лица не могли получать плановую медицинскую помощь на протяжении длительного времени, что, в свою очередь, искажает уровень востребованности медицинской помощи, не связанной с лечением и профилактикой COVID-19, и, как следствие, не корректно показывает количество необходимых страховых выплат.

Источник: составлено на основе данных Центрального банка Российской Федерации [154; 159].

У шести из четырнадцати российских страховых организаций, собиравших более 1 млрд рублей страховых премий по ДМС в 2019 году, наблюдалось снижение качества страхового портфеля. Суммарные сборы

страховых премий данных шести страховщиков в 2019 году составляют более 20% от объема премий по всему российскому страховому рынку.

Основными причинами экстенсивного роста страхового портфеля являются:

- увеличение объёма страховых выплат в большем размере, чем сборы страховых премий;
- несбалансированность страхового портфеля, малое количество низкорисковых страховых продуктов и/или застрахованных лиц;
- снижение качества андеррайтинга. Страховщикам не хватает ресурсов для должного оценивая рисков, принимаемых на страхование по каждому страхуемому субъекту из-за сильного повышения числа заключаемых договоров страхования.

Решением сложившейся проблемы могут быть следующие варианты:

- увеличение базового тарифа и/или повышение поправочных коэффициентов, которые применяются при тех или иных особенностях объектов, принимаемых на добровольное медицинское страхование. Основным минусом данного решения является то, что при нынешней напряженной конкурентной борьбе среди страховщиков за клиентов (в особенности крупных юридических лиц) соревнование идет за каждый рубль, который клиент должен заплатить на одного застрахованного. Учитывая это, увеличение страховой премии поведет за собой значительное снижение заключаемых договоров страхования, а также увеличение размера недополученной страховой премии:

- диверсификация продуктовой линейки страховщика за счет низкорисковых страховых продуктов и увеличения их доли в портфеле по данному виду страхования;
- развитие системы франшиз в договорах коллективного добровольного медицинского страхования и активное проникновение данной «технологии на рынок»;

– снижение объема выплат. Классическими методами достижения этой цели являются либо исключение различных рисков и/или видов медицинских услуг, покрываемых договором добровольного медицинского страхования, либо отказ застрахованному получать услуги, входящие в их договор. Оба из предложенных вариантов являются неудовлетворительными в современных рыночных условиях. Первый путь решения также ведет к существенному снижению конкурентоспособности страховщика, в связи с тем что за последние девять лет на российской рынке сложилась устойчивая тенденция по расширению списка предлагаемых услуг, покрываемых ДМС, при этом без существенного увеличения страховой премии. Второй вариант решения также является неприемлемым ввиду того, что страховщик будет вынужден нарушать условия заключенного им договора, что негативно скажется на репутации страховой организации, ее конкурентоспособности, не говоря уже о различных судебных тяжбах и издержках.

Учитывая сложившуюся ситуацию, страховщикам целесообразно пересмотреть свою политику, процессы андеррайтинга, урегулирования убытков в медицинском страховом портфеле, а также процессы, возникающие при обслуживании застрахованных при наступлении страхового случая. Для реализации данной цели необходимо рассмотреть опыт зарубежных страховых обществ. Так, например, испанские страховые общества и «Сбербанк страхование жизни» уже используют телемедицинские технологии при андеррайтинге договоров добровольного медицинского страхования.

1.2 Характеристики и анализ эффективности использования современных телематических технологий в добровольном медицинском страховании

С развитием технологий бизнес использовал их в качестве инструментов для оптимизации временных и постоянных затрат, минимизации рисков и в конечном счете для сохранения и приумножения капитала. За последние

несколько лет большое распространение в использовании среди различных видов бизнеса стала получать новая отрасль телекоммуникаций.

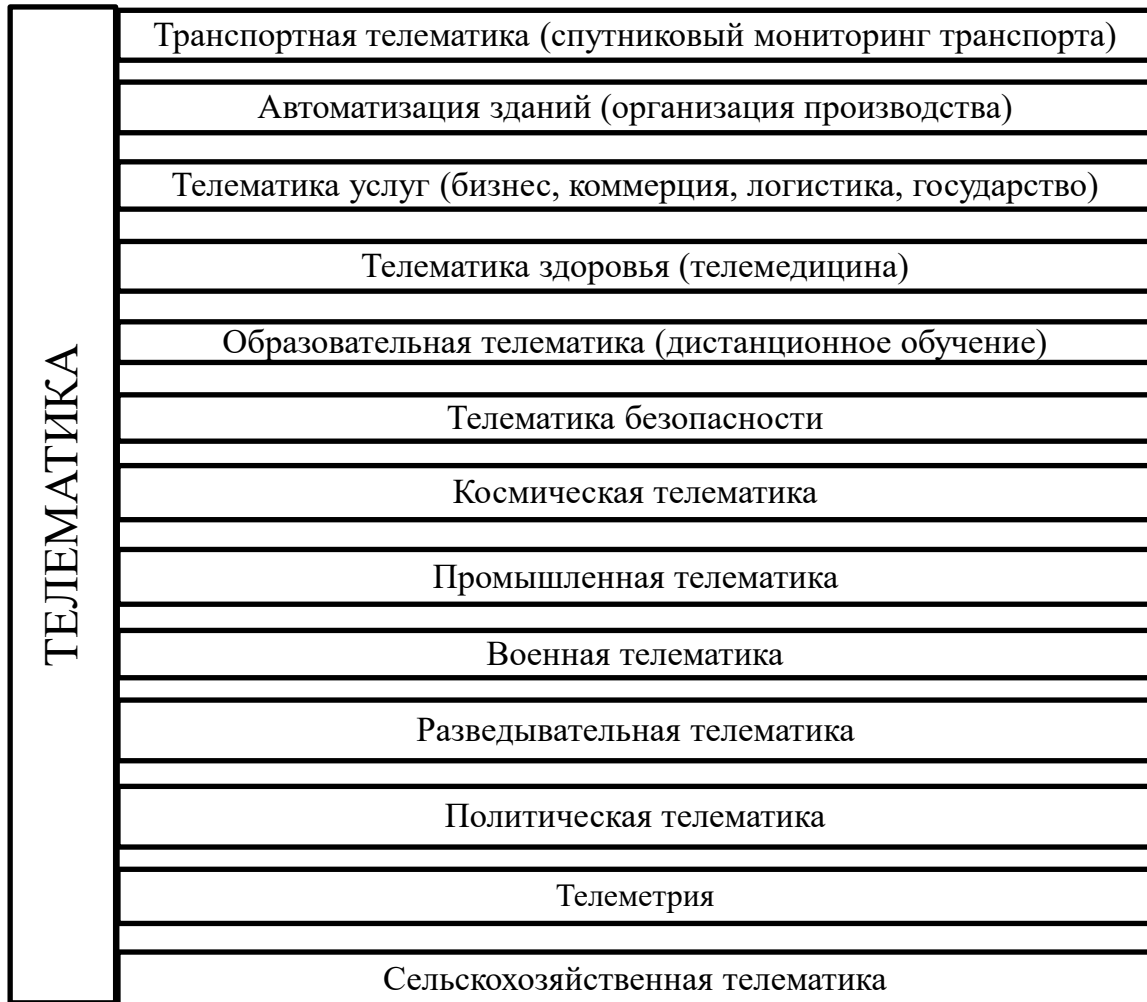
На рисунке 9 приведены примеры, где, как правило, используется телематика. Телематика – раздел информационных технологий, образованный в результате соединения классической телемеханики с современными сетевыми интернет-технологиями. С ее помощью человечество получило доступ к оперативному дистанционному контролированию различных процессов, а также к уже привычному удалённому общению между людьми.



Источник: составлено автором.

Рисунок 9 – Сферы применения телематики

Область телематики, как показано на рисунке 10, распространяется на весьма обширный и постоянно увеличивающийся и развивающийся спектр услуг [33].



Источник: составлено автором.
Рисунок 10 – Разделы телематики [26]

На данный момент телематические услуги создаются для решения типизированных коммуникационных задач современной организации.

Телематика здоровья (телемедицина). Согласно определению Всемирной организации здравоохранения телемедицина – это использование телекоммуникационных технологий для организации услуг в области здравоохранения по принципу врач-врач и врач-пациент для обмена необходимыми данными, требующимися для оказания медицинской помощи,

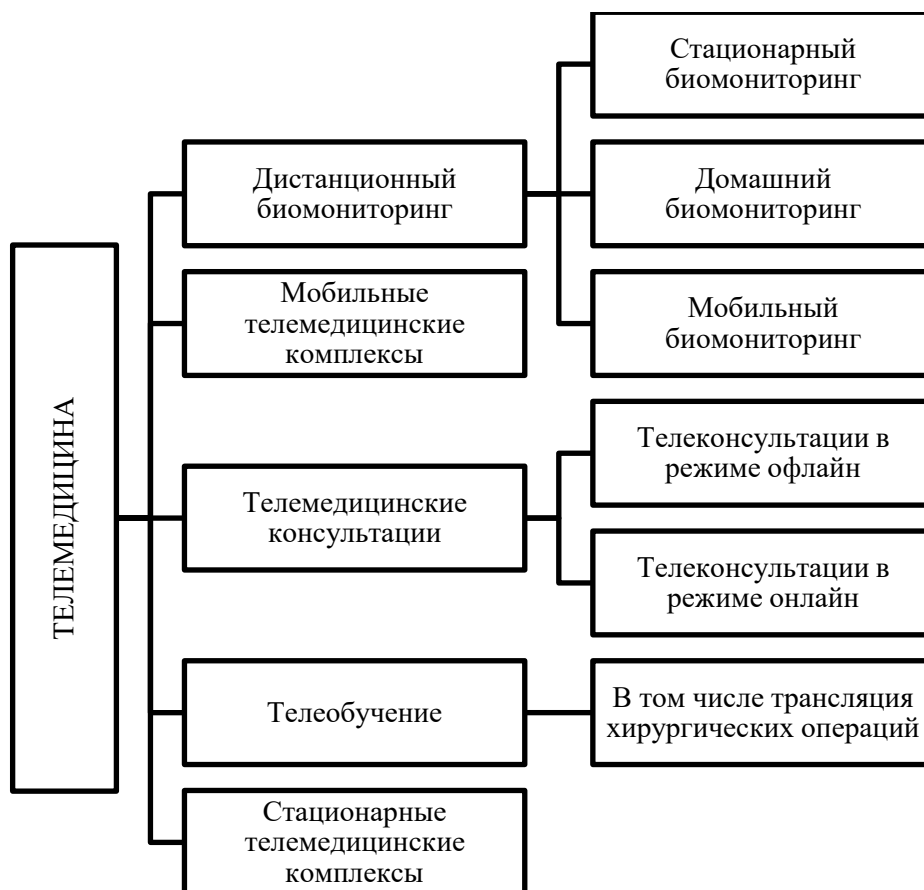
диагностики, профилактики заболеваний и травм, а также для повышения квалификации медицинского персонала с целью улучшения качества здравоохранения [132]. Различные авторы отмечают «доэлектрический» период телемедицины, когда документооборот бумажной корреспонденции использовался для выписки медицинских заключений и рецептов на медикаментозные препараты, установления диагноза; также существуют описания дымовых сигналов, используемых для оповещения об эпидемиях и болезнях [175].

История развития телемедицины берет начало в 1530 году, когда был зафиксирован первый засвидетельствованный случай использования телемедицины знаменитым швейцарским врачом Парацельсом. Однако на тот момент подобное использование телемедицины было крайне неэффективным из-за медленной доставки почты (письма могли доставляться по несколько месяцев). В XVIII веке скорость доставки почты увеличилась, и ответ от врача пациент мог получить уже за 1–2 недели в зависимости от дистанции. В XIX веке произошел существенный скачок качества телемедицинской помощи благодаря появлению новых средств коммуникации. В 1927 году термин «телемедицина» был впервые упомянут в газете Greeley Daily Tribune¹⁾. В конце века произошел бум развития телемедицины в связи с появлением телеграфа и телефона. До 50-х годов XX века врачи старались не давать медицинских консультаций по телефону в основном из-за того, что качество телефонной связи было низкое, и услышать то, о чем говорит пациент, представляло большую проблему. Начиная с 50-х годов качество телефонной связи улучшилось, что привело к телефонизации служб скорой медицинской помощи²⁾.

¹⁾ 16 ноября 1970 года в газете Greeley Daily Tribune (город Грили в штате Колорадо) на 47-й странице в рубрике ретроспективных статей и писем в редакцию была опубликована заметка некоего Geo W. Gale “Wants Plane To Change Weather Here”, в конце которой он упоминает термин «телемедицина». Данная заметка датирована 29 декабря 1927 г.

²⁾ Необходимо отметить, что службы скорой медицинской помощи в СССР начали свое существование с 20-х годов XX века. До 50-х годов пациентам приходилось посылать гонца в службу скорой медицинской помощи для вызова бригады.

Функции телемедицины: превентивные, научные, клинические, учебные, организационно-административные, выполнение эпидемиологического мониторинга, организация медицинской помощи, обучение медицинского персонала, осуществление научных исследований в медицинской сфере. На рисунке 11 показано, что телемедицина имеет сложную структуру с множеством ответвлений.



Источник: составлено автором.
Рисунок 11 – Виды телемедицины [58]

Базовыми направлениями телемедицины являются: дистанционный биомониторинг, мобильные телемедицинские комплексы, телемедицинские консультации, дистанционное обучение и стационарные телемедицинские комплексы.

Дистанционный биомониторинг – это использование телемедицинских технологий для наблюдения за состоянием здоровья пациентов, как правило, такой вид телемедицины востребован лицами, страдающими хроническими

заболеваниями. Помимо этого, дистанционный биомониторинг в виде использования стационарных телемедицинских комплексов применяется в офисах, на производстве и в домашних условиях для контроля за состоянием здоровья пациентов. Дистанционный биомониторинг бывает разных видов. Так, например, мобильная версия представлена, как правило, легкими, носимыми датчиками, которые могут быть имплементированы в различные технические устройства: смартфон, умные наручные часы, специальный жилет. На предприятиях и в офисах биомониторинг представлен, как правило, в виде телемедицинского кабинета, сочетающего в себе набор различных медицинских устройств, способных в режиме онлайн передавать данные врачу, осуществляющему телемедицинскую консультацию. Примеры в приложении М.

Благодаря тому, что с помощью мобильного дистанционного биомониторинга стало возможно в режиме реального времени передавать информацию о состоянии здоровья пациента от устройства в центр медицинской поддержки страховщика и в лечебное учреждение, а также благодаря возможности быстро и массово распространить эту технологию на большое количество застрахованных, данное новшество целесообразно интегрировать в добровольное медицинское страхование.

Имплементация и использование данной технологии в добровольном медицинском страховании похожи по своей методике с внедрением телематических устройств в добровольном автостраховании – каско [26]. Там похожее телематическое устройство стоило в среднем 5000 рублей.

Данная технология может быть как внедрена в процесс обслуживания застрахованных в течение срока действия договора страхования, так и использована в процессе андеррайтинга с целью улучшения его качества за счет повышения точности определения степени вероятности риска наступления страхового случая.

По мнению зарубежных страховых экспертов, использование мобильного биомониторинга при оценке вероятности риска наступления страхового события позволит уменьшить loss ratio до 55%.

До подписания контракта с корпоративным клиентом его сотрудникам временно предоставляются специальные носимые технико-медицинские устройства, считывающие необходимые страховому обществу данные о состоянии здоровья будущих застрахованных. Работники страхователя в продолжение месяца или больше должны все время, используя данное устройство, передавать страховщику запрашиваемые медицинские показатели. По окончании установленного срока сотрудники страхователя отдают страховой организации гаджеты. Затем андеррайтеры страхового общества, основываясь на полученных медицинских данных, определяют поправочные коэффициенты для каждого сотрудника и/или для всего коллектива, принимаемого на страхование, используя скоринговую таблицу, которая позволяет сопоставить имеющиеся медицинские данные со степенью вероятности риска наступления страхового случая у застрахованного и с необходимым поправочным коэффициентом. При этом применение дистанционного биомониторинга возможно как для страхования коллективов, так и для заключения договоров с индивидуальными клиентами. Но, учитывая высокую стоимость таких устройств, целесообразней использовать этот метод только на наименее рентабельных сегментах добровольного медицинского страхования.

Необходимыми параметрами, представляющими ценность для считывания телемедицинским прибором и их дальнейшего анализа, по мнению экспертов в области андеррайтинга ДМС, является совокупность показателей:

- электрокардиограмма (по Холтеру);
- артериальное давление/пульс (24/7);
- концентрация глюкозы в крови (раз в день);
- концентрация холестерина в крови (раз в день);

- развернутый биохимический анализ крови (1–3 раза в неделю);
- развернутый клинический анализ крови (1–3 раза в неделю).

На данный момент такие устройства дистанционного мониторинга, способные собирать, анализировать и передавать указанные параметры, отсутствуют на мировом рынке. Основываясь на данных из различных источников, можно сделать вывод, что ряд организаций занимается созданием таких девайсов. С их появлением страховые организации на этапе андеррайтинга смогут с большей долей вероятности определять степень вероятности риска наступления страхового события, что в свою очередь позволит страховщикам скорректировать тарифные ставки по различным продуктам ДМС для уменьшения доли страхового мошенничества, увеличения сбалансированности страхового портфеля и привлечения новых страхователей. Однако появление таких устройств биомониторинга все равно не будет означать полного отказа страховыми организациями от медицинского анкетирования лиц, принимаемых на страхование, так как будет оставаться множество параметров, которые данный девайс будет не в состоянии считывать, анализировать и передавать.

Использование мобильного дистанционного биомониторинга в процессе обслуживания застрахованных в течение действия страхового контракта может быть реализовано с помощью различных разновидностей данной технологии:

- дистанционного наблюдения хронических больных – например электрокардиостимулятор, КоагуЧек, мобильный тонометр, мобильный ЭКГ-монитор и другие, со встроенной функцией мгновенной передачи данных медицинскому центру, страховщику. С помощью таких технологий страховщик может предоставить своим застрахованным, имеющим хронические заболевания, качественное, современно-инновационное медицинское обслуживание;
- «Тревожной кнопки» – небольшого устройства со встроенным GPS или ГЛОНАСС, позволяющего в экстренном режиме вызвать скорую

медицинскую помощь к месту своего нахождения. Данная технология является более удобной в использовании, чем стандартный звонок в службу скорой медицинской помощи, что в экстренной ситуации (например, при инсульте) может являться критическим фактором;

– и других.

Внедряя технологии дистанционного мониторинга в обслуживание застрахованных в течение действия страхового договора, страховщик тем самым расширяет сервисную составляющую своих страховых программ и увеличивает привлекательность данного страхового продукта в целом.

Подобные приборы должны быть также легки в использовании, быть как можно меньшего размера, а также достаточно стильными, иначе существует высокая вероятность, что большинство потенциальных застрахованных не захочет носить их на себе или даже ежедневно дома снимать с их помощью медицинские показания. Помимо этого, программное обеспечение таких устройств должно передавать показания по защищенным каналам связи с целью соблюдения закона о защите персональных данных.

Мобильные телемедицинские комплексы – как правило, это или транспортные средства (на базе автомобиля скорой медицинской помощи), специально оборудованные телемедицинской техникой, или ручной, переносимый комплекс с набором телемедицинских устройств (в виде чемодана). Такой вид телемедицины делает возможным оказание медицинской помощи в труднодоступных районах/местах, где получение классической медицинской помощи по различным причинам невозможно, как показано в приложении М.

Имплементация подобных технологий в программы добровольного медицинского страхования не является целесообразной по нескольким причинам. Во-первых, из-за цены такого оборудования, так как средняя стоимость «телемедицинского чемодана» составляет 350 000 рублей, а стоимость телемедицинского автомобиля сравнима с ценой реанимобиля со встроенным медицинским оборудованием. Во-вторых, каждое устройство

невозможно одновременно распространить на большое количество застрахованных. Исключение составляет только приобретение такого оборудования под крупных корпоративных клиентов. Так, например, для размещения «телемедицинского чемодана» на большом заводе или в шахте с целью предоставления качественной медицинской помощи там, где ее нет, большому числу застрахованных.

Телемедицинские консультации – процесс дистанционного обсуждения конкретного клинического случая. Основной целью телемедицинских консультаций с медицинской точки зрения является предоставление качественной, специализированной медицинской помощи в точке необходимости.

Оказание медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий может осуществляться как в режиме реального времени (онлайн), так и в отложенном режиме (офлайн).

Телеконсультации в режиме онлайн – это обмен медицинскими данными с применением широкополосных каналов связи и видеоборудования между врачами или между врачом и пациентом.

Телеконсультации в режиме офлайн – наименее затратный способ с точки зрения труда и финансов для проведения дистанционной медицинской консультации. Так, например, самым элементарным инструментом для этого служит обычная электронная почта.

Помимо этого, телемедицинские консультации, организованные с помощью чата, также могут быть в режиме онлайн и офлайн.

Информационная безопасность телемедицинских консультаций обеспечивается с помощью различных современных аппаратно-программных средств и видов телекоммуникаций.

За счет быстрого и массового распространения телемедицинских технологий на большое количество застрахованных, простоты использования, удешевления стоимости медицинского обслуживания, а также сравнительно невысокой стоимости интеграции данных технологий (общие, примерные,

единовременные затраты составляют 30 млн рублей) телемедицинские консультации могут использоваться страховыми организациями не только в процессе обслуживания застрахованных, но и в процессе андеррайтинга договоров добровольного медицинского страхования.

Телемедицинское обучение – осуществление специфических медицинских обучающих сессий с применением телекоммуникационного и телемедицинского оборудования. Благодаря данным устройствам медицинские работники и учащиеся образовательных учреждений могут повышать свое профессиональное образование, не меняя своего местоположения. Помимо этого, телеобучение, даже в режиме реального времени может осуществляться и при проведении хирургических операций.

Телеобучение – длительный процесс, результат имплементации которого в добровольное медицинское страхование, скорее всего, не принесет страховщику финансовых преимуществ.

Стационарный телемедицинский комплекс представляет собой общение пациента с консилиумом врачей (от двух и более), при этом пациент находится в специально оборудованном кабинете лечебно-профилактического учреждения, и вместе с ним в этом кабинете находится медицинский работник (врач или средний медицинский персонал), а другой врач дистанционно участвует в осмотре и оценке его состояния здоровья. В 2014 году в России множество частных лечебно-профилактических компаний либо закрыли в своих учреждениях телемедицинские кабинеты, либо перепрофилировали их, связано это было с крайне низким спросом на подобные медицинские услуги [35].

Интегрирование телемедицинских комплексов в добровольное медицинское страхование может быть целесообразно только в случае их использования в процессе обслуживания застрахованных в течение действия страхового контракта, например:

– установка стационарных телемедицинских комплексов на территории крупных организаций, предприятий, бизнес-центров. Так,

например, ООО «Медскан» и ООО «ДокДок» в 2017 году поставили телемедицинский киоск «Модуль здоровья» в одном из ключевых офисов Сбербанка на Кутузовском проспекте в Москве. Согласно статистике DocDoc данный телемедицинский комплекс ежедневно посещают около 10 различных сотрудников банка;

– интегрирование стационарного телемедицинского комплекса в лечебно-профилактическое учреждение, где застрахованные смогут получать мнение врачей по своему заболеванию, травме от медицинского консилиума.

Так же как и в случае интеграции мобильного биомониторинга, при внедрении стационарных телемедицинских комплексов в процесс обслуживания застрахованных страховщик тем самым расширяет сервисную составляющую своих страховых программ и увеличивает привлекательность данного страхового продукта в целом.

Начиная с 01.01.2018 на территории Российской Федерации стало официально разрешено оказывать медицинскую помощь с использованием телемедицинских технологий (Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ). До принятия данного Федерального закона в России не было нормативно-правовых документов, регламентирующих применение телемедицинских технологий. В связи с тем, что это было и не запрещено, врачи оказывали медицинскую помощь дистанционно по мобильному телефону, электронной почте с использованием различного проприетарного программного обеспечения (например, Skype), но такие медицинские услуги были вне правового поля.

Также с первого января 2018 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения от 30.11.2017 № 965н, регламентирующий порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Согласно данному нормативному документу по телемедицине врачи имеют право:

– осуществлять первичный и повторный дистанционный осмотр пациента;

- корректировать ранее назначенный на очном приеме диагноз и лечение;
- назначать профилактическое лечение;
- направлять пациента на лабораторно-диагностические медицинские процедуры;
- направлять на обследование / консультирование к врачам других профилей;
- определять необходимость получения пациентом очной медицинской помощи, в том числе и вызова бригады скорой медицинской помощи.

Однако доктор не может на телемедицинской консультации, которая проводится первично (до очного обращения к врачу), ставить диагноз и назначать рецептурно-медикаментозное лечение.

За последние несколько лет вместе с увеличением количества заключаемых договоров добровольного медицинского страхования у многих страховщиков уменьшалась рентабельность страхового портфеля. Это свидетельствует о том, что текущие нормы и процедуры, применяемые страховщиками при андеррайтинге, и обслуживание застрахованных при наступлении страхового случая (урегулировании убытков) теряют свою результативность. В связи с этим таким страховым организациям необходимо предпринимать действия, позволяющие остановить экстенсивный рост страхового портфеля и превратить его в интенсивный как для увеличения объема заключаемых договоров и получаемой страховой премии, так и для повышения его качества – снижения коэффициента выплат. Благодаря постоянному техническому прогрессу страховые организации могут решить эту проблему не только такими стандартными путями, как увеличение количества андеррайтеров, установление более высоких тарифов и поправочных коэффициентов, разбавление портфеля недорогими и низкорисковыми продуктами, но и с помощью современных технологий. Наиболее перспективными телемедицинскими устройствами, которые смогут

помочь страховщикам повысить качество своего портфеля ДМС, являются телемедицинские консультации и мобильный дистанционный биомониторинг. Используя данные технологии, страховые общества смогут не только повысить качество проводимого андеррайтинга, но и снизить затраты на медицинское обслуживание застрахованных при урегулировании убытков.

Глава 2

Оценка влияния современных технологий на качество андеррайтинга в добровольном медицинском страховании

2.1 Качество андеррайтинга и оценка его эффективности

В экономической и квалиметрической литературе многие авторы (Кроссби Ф., Деминг У., Джуран Дж., Фейгенбаум А., Харрингтон Дж., Солодкая М.С., Котарбиньский Т., Зеленевский Я.) в формуле (2) выделяют строгую зависимость между качеством и эффективностью, где качество является составляющей эффективности [126].

$$\text{ЭФ} = \frac{K \cdot O(\text{продукции})}{З}, \quad (2)$$

где ЭФ – эффективность производства товара;

К – качество выпускаемой продукции;

O(продукции) – количество единиц продукции, выпускаемой за заданный промежуток времени.

З – финансовые затраты на производство продукции

При этом квалиметрия (наука о качестве) предлагает оценивать качество через количественные показатели. Вместе с тем она оценивает качество как атрибут, определенную сущность объекта, показателем которой является совокупная количественная характеристика всех его свойств и признаков [139].

Формулу (2) возможно перенести и на процесс, где его эффективность будет зависеть от соотношения совокупной количественной оценки всех показателей процесса, помноженной на количество данных процессов, выполняемых за единицу времени, к необходимым затратам для выполнения данного процесса.

Таким образом, для определения эффективности андеррайтинга необходимо сначала определить характеристики его качества.

В страховой экономической литературе на данный момент отсутствует четкая трактовка определения «качество андеррайтинга», однако, как показано в приложении Н, многие ученые, авторы, эксперты предлагают оценивать качество андеррайтинга через прибыльность страхового портфеля.

В своих работах, как показано в Приложении Н, отечественные ученые и практики, Архипов А.П., Вертенев В.И., Деминский С.А., Еник О.А., Мкртычев С.В., Николенко Н.П., Очеповский А.В. [83], указывают на то, что сбалансированный и рентабельный портфель страховщика, как показано в формуле (3), является результатом эффективной и качественной системы андеррайтинга в страховой организации.

$$U = ((P - L - \Delta R_{np} - \Delta R_{zu} - \Delta R_{pnu} - E - N) / P) * 100\%, \quad (3)$$

где U – рентабельность страхового портфеля;

P – начисленная в отчетном периоде страховая премия;

L – сумма страховых выплат за отчетный период;

ΔR_{np} – приращение резерва незаработанной страховой премии;

ΔR_{zu} – приращение РЗУ;

ΔR_{pnu} – приращение РПНУ;

E – операционные и аквизиционные расходы;

N – сумма налога, подлежащая уплате с полученной прибыли.

В свою очередь рентабельность страхового портфеля показывает величину прибыли, которую получает страховая организация на единицу собранной страховой премии. Однако оценивать экономическую качественность андеррайтинга через показатель прибыли (до налогообложения или чистую) или через андеррайтерский результат является некорректным, так как в данный показатель также включены расходы на ведение дела, которые относятся не только к процедуре андеррайтинга.

Оценивать экономическое качество андеррайтинга через технический результат также нецелесообразно, так как у каждой страховой организации свои объемы продаж и выплат, а также цели и планы по достижению тех или иных финансовых результатов. Так, например, для АО «СОГАЗ» заключение страховых контрактов на 55 млрд рублей, выплаты в 45 млрд рублей и технический результат в 10 млрд рублей является нормальным, а для САО «ВСК» такие финансовые показатели являются недостижимыми в ближайшей перспективе. В 2017 году объем сборов ВСК по добровольному медицинскому страхованию равнялся 7,18 млрд рублей, выплаты 3,79 млрд рублей, технический результат 3,39 млрд рублей, что почти в три раза меньше, чем у «СОГАЗа».

Андеррайтинг влияет на следующие показатели: уровень выплат, степень вероятности наступления страховых случаев и объем сборов страховой премии. Страховые показатели loss ratio и combined ratio не используются для оценки качества андеррайтинга, так как они включают различные параметры, которые влияют на итоговый результат, но не относятся к андеррайтингу, например нестандартный размер комиссионного вознаграждения по крупному договору или излишние затраты на рекламные материалы. Для оценки экономической эффективности андеррайтинга предлагается найти размер суммы отношений следующих фактических показателей к плановым, так как через соотношение данных параметров определение степени экономической эффективности андеррайтинга будет более адекватным¹⁾:

– отношение сумм фактических выплат (включающих сумму произведенных страховых выплат и резерв заявленных, но не урегулированных убытков) и фактических затрат на андеррайтинг к сумме фактической собранной страховой премии, деленные на аналогичные

¹⁾ Как правило, плановые показатели считаются руководством страховых организаций раз год, в ноябре. В это же время целесообразно проводить анализ качества андеррайтинга, так как период заключения крупных корпоративных договоров начинается с декабря, и, соответственно, исключается вероятность получения некорректных результатов, отображающих экономическую эффективность андеррайтинга.

плановые показатели. Данное отношение является основным во всем уравнении и показывает финансовую составляющую эффективности андеррайтинга;

– отношение суммы фактически произошедших страховых случаев за период к сумме количества застрахованных лиц за этот же период, деленные на аналогичные плановые показатели за этот же период. Данное отношение необходимо для определения экономической эффективности андеррайтинга, так как благодаря ему возможно понять, насколько эффективно андеррайтинг принимает на страхование лиц с разными группами рисков. Так, например, если человек находится в группе высокого риска, андеррайтер может присвоить такой поправочный коэффициент к базовому тарифу, что клиент откажется приобретать данный полис по столь завышенной цене.

Для наглядности описанное математическое уравнение приведено в формуле (4)

$$\text{Э}Q_a = \frac{(\sum \text{ВЫПЛ}(\text{факт}) + \sum \text{COSTанд}(\text{факт})) / \sum \text{СП}(\text{факт})}{(\sum \text{ВЫПЛ}(\text{план}) + \sum \text{COSTанд}(\text{план})) / \sum \text{СП}(\text{план})} + \frac{\sum \text{страх.случаев}(\text{факт}) / \sum \text{застрахованных}(\text{факт})}{\sum \text{страх.случаев}(\text{план}) / \sum \text{застрахованных}(\text{план})}, \quad (4)$$

где $\sum \text{ВЫПЛ}(\text{факт})$ – сумма фактически произведенных страховых выплат и соответствующих страховых резервов в отчетном периоде;

$\sum \text{ВЫПЛ}(\text{план})$ – сумма планируемых страховых выплат и соответствующих страховых резервов в отчетном периоде;

$\sum \text{COSTанд}(\text{факт})$ – фактическая сумма всех затрат на андеррайтинг по данному виду страхования;

$\sum \text{COSTанд}(\text{план})$ – планируемая сумма всех затрат на андеррайтинг по данному виду страхования;

$\sum \text{СП}(\text{факт})$ – фактическая сумма собранной страховой премии, в том числе дебиторская задолженность по страховой премии, относящейся к договорам страхования, заключенных в отчетном периоде;

Σ СП(план) – планируемая сумма собранной страховой премии, в том числе дебиторская задолженность по страховой премии, относящейся к договорам страхования, заключенных в отчетном периоде;

Σ страх. случаев(факт) – планируемая сумма произошедших страховых случаев к окончанию действия договоров страхования, заключенных в рассматриваемом периоде;

Σ застрахованных(план) – планируемое количество застрахованных лиц по договорам страхования, заключенных в рассматриваемом периоде.

Таким образом, в левой части формулы представлено отношение уровней выплат (фактических к плановым), включающих, помимо самих выплат и сопутствующих страховых резервов, еще и затраты на андеррайтинг, рассчитываемые как фонд оплаты труда, приобретения оборудования, аренда соответствующего помещения и прочее. В правой части формулы представлено отношение коэффициентов обращаемости застрахованных за медицинскими услугами в рамках страхового случая.

В соответствии с данной формулой результаты, получаемые в двух отношениях, должны стремиться к значениям выше 1,00, то есть фактические результаты деятельности страховщика были выше плановых. В этом случае, если величина каждого отношения равна 1,00, то, в свою очередь, это будет говорить о том, что плановые ожидания оказались верными, и ожидаемое качество андеррайтинга оказалось на удовлетворительном уровне, результатом такого уравнения будет 2,00. Однако, как правило, результат каждого из отношений сильно отходит от значения 1,00, это означает, что плановые показатели рассчитаны неверно – сильно завышены или занижены. В связи с этим необходимо установить дельту значений, в рамках которых получаемый показатель, отличный от единицы, будет свидетельствовать о том, что планируемые показатели находятся в допустимом уровне и проблема заключается в фактических показателях:

– результатом первого отношения (выплаты) стало $0,89 / 0,75 = 1,18$.

В этом случае плановые показатели оказались слишком занижены, так как

фактический коэффициент выплат оказался выше, чем планировалось изначально руководством страховщика;

– результатом отношения фактических показателей первого отношения уравнения (числитель) стало 1,09, что говорит либо о высокой убыточности портфеля/договора страхования, либо о чрезмерных затратах на андеррайтинг, либо неверно рассчитанной страховой премии, которая также является результатом работы андеррайтинга. Результатом отношения плановых показателей второго отношения уравнения (знаменатель) стало 0,84, таким образом, результат всего отношения равен 1,29. Может быть 4 причины такого результата:

1) неграмотная работа андеррайтеров, в следствии чего установленная страховая премия не покрывает убытки;

2) размер страховой премии занижен специально, за счет кросс-продажи по другому виду страхования, где результат по данному договору покрывает убытки по этому контракту;

3) чрезмерные фактические затраты на андеррайтинг;

4) некорректно рассчитанные плановые показатели.

Также плановые и фактические показатели двух основных отношений уравнения должны коррелировать между собой, так как сборы страховых премий и выплаты по ним напрямую связаны с количеством застрахованных и числом страховых случаев. Ввиду этого если результатом одного из отношений уравнения получается число, сильно отличающееся от единицы в большую или меньшую сторону, то похожее, аналогичное отклонение будет и в результате вычислений другого отношения уравнения.

Предлагаемая дельта, в рамках которой результат каждого из отношений уравнения будет отличным от единицы, в пределах нормы составляет 0,15, то есть: $0,85 < 1 < 1,15$ – планируемый показатель рассчитан корректно, отклонения вызваны фактическими показателями¹⁾. В зависимости от

¹⁾ Данные получены эмпирическим путем на основе анализа 4,7 млн договоров по ДМС, заключенным с 2015 по 2019 год включительно, а также на основании экспертных оценок.

установленной допустимой дельты, при которой на результат отношения влияют не плановые показатели, а фактические, необходимо классифицировать качество андеррайтинга для результатов каждого основного отношения в интервале от 0,85 до 1,15:

- отличный $0,85 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 0,89$;
- выше нормы $0,9 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 0,94$;
- удовлетворительный $0,95 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,05$;
- ниже нормы $1,06 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,09$;
- неприемлемый $1,10 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,15$.

Далее необходимо классифицировать итоговый результат, полученный в результате суммирования значений основных отношений уравнения. В корреляции от итогового значения категории, отображающие степень экономической качественности андеррайтинга (когда на результат влияет именно андеррайтинг, а не завышенные или заниженные плановые показатели), будут выглядеть следующим образом:

- отличный $1,70 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,79$;
- выше нормы $1,80 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,89$;
- удовлетворительный $1,90 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,11$;
- ниже нормы $2,12 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,19$;
- неприемлемый $2,20 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,30$.

Производя оценку экономической эффективности андеррайтинга и используя предложенный метод, необходимо учитывать, что на коэффициент $\mathcal{E}Q_a$ в том числе влияют следующие особенности страхового бизнеса:

- ошибочно установленные руководством организации базовые, номинальные значения (завышенные или заниженные) ожидаемых сборов страховой премии и последующий показатель, отображающий величину ожидаемой прибыли;

- непрогнозируемые страховые случаи, такие как массовые природные явления и форс-мажорные обстоятельства, имеющие крайне отрицательное

влияние на большие группы застрахованных объектов с точки зрения свершения страховых событий из-за данных непросчитываемых обстоятельств.

Экономически качественный андеррайтинг в добровольном медицинском страховании – это такой андеррайтинг, при котором по заключенным договорам страхования по окончании их действия сумма отношений фактических показателей страхового портфеля к плановым – коэффициентов выплат (включающих затраты на андеррайтинг) и коэффициентов обращаемости – равна числу в промежутке от 1,70 до 2,11 включительно.

Используя данное определение, формулу (3) и предложенную классификацию качества андеррайтинга, акционеры, руководство страховой организации и управляющие продуктами ДМС могут оценивать экономическое качество андеррайтинга, корректность составления плановых показателей прибыли и рентабельности страхового портфеля, а также производить мониторинг динамики изменения качества андеррайтинга в зависимости от рассматриваемых периодов. Предложенные результаты используются в практической деятельности САО «РЕСО-Гарантия».

Однако через предложенную формулу можно оценить только экономическую качественность андеррайтинга, но не комплексное качество андеррайтинга. В параграфе 1.1 упоминалось, что андеррайтинг возможно охарактеризовать через следующие показатели: результативность, продуктивность, безопасность, величину затрат на процесс, последовательность действий, сложность входящих данных, количество типовых, границы входа и выхода. Из этих восьми характеристик полноценно оценить качество андеррайтинга добровольного медицинского страхования возможно через совокупность половины из них, а именно: результативность и величина затрат на процесс (входит в формулу экономического качества андеррайтинга – результативность), а также продуктивность и безопасность. Остальные же характеристики не являются ключевыми для процесса

андеррайтинга, так как не оказывают самого существенного влияния на качество математического расчета, получаемого по итогу андеррайтинга. В связи с этим все прочие характеристики принимаются за несущественные и не учитываются при оценке качества андеррайтинга. Таким образом, для оценки качества андеррайтинга по четырем основным показателям необходимо дать детальную характеристику этим параметрам:

– результативность андеррайтинга (главный параметр) – в какой мере верно в процессе выполнения андеррайтинга была определена степень вероятности риска наступления страхового случая, а также насколько корректно был выставлен поправочный коэффициент к страховой нетто-премии. Выражается через формулу (3) — экономическая эффективность андеррайтинга;

– продуктивность андеррайтинга – показатель выполнения полного цикла процесса за единицу времени. Определяется временем исполнения процедур, осуществляемых при проведении андеррайтинга, а также количеством однотипных договоров, по которым производится андеррайтинг, за определенный промежуток времени;

– безопасность андеррайтинга целесообразно оценивать через степень защищенности информационной системы страховщика¹⁾, которая в свою очередь характеризуется:

1) надежностью системы разграничения доступа к участию редактирования тех или иных процедур андеррайтинга лицами, чьи функциональные, рабочие обязанности этого не предполагают;

2) матрицей внутренних «Соглашений об уровне услуг SLA», предполагающей введение уровней компетенций пользователей в зависимости от сложности и нюансов аспектов андеррайтинга объекта, рассматриваемого на страхование.

¹⁾ Выражается в единицах времени, которые необходимо затратить на «взлом» информационной системы.

Таким образом, как показано в формуле (5), полностью оценить качество андеррайтинга можно, только учитывая совокупность параметров результативности, продуктивности, безопасности и величины затрат на андеррайтинг

$$Q_a = \exists Q_a + \text{ПДТ}_a + \text{БПТ}_a, \quad (5)$$

где Q_a – качественность андеррайтинга

ПДТ_a – продуктивность выполнения процедуры андеррайтинга;

БПТ_a – безопасность процесса андеррайтинга.

Оценивая андеррайтинг только через один из показателей качества, указанных в формуле (5), нельзя дать четкий ответ, качественен ли андеррайтинг и вся его система или нет. То есть андеррайтинг может идеально удовлетворять требованиям одного критерия, например результативности, но при этом быть совершенно небезопасным (например, все сотрудники могут бесконтрольно его осуществлять). В связи с этим только через совокупность всех параметров эффективности возможно оценить качество андеррайтинга: чем выше значения всех параметров эффективности, отражающих качество андеррайтинга, тем, соответственно, качественнее сам андеррайтинг.

Таким образом, качество андеррайтинга в добровольном медицинском страховании – это совокупность характеристик, определяющих параметры проводимого андеррайтинга (продуктивность, безопасность и результативность, где результативность рассчитывается по формуле экономической качественности андеррайтинга), выраженная в итоговой, суммарной количественной оценке консолидации данных свойств. Ввиду того что плановые финансовые показатели страховщиков являются коммерческой тайной и находятся исключительно во внутренней, непубликуемой открыто отчетности, проанализировать экономическую эффективность андеррайтинга по предложенной формуле может только лицо, имеющее необходимый доступ к внутренней отчетности страховщика. В связи с этим внешние пользователи

могут проанализировать и классифицировать качество андеррайтинга, используя только открытую информацию – данные, публикуемые официальным регулятором страховой деятельности на территории Российской Федерации и самими страховщиками. Для этого возможно использовать показатель «Коэффициент выплат» по страховому продукту, то есть из соотношения выплат к премиям¹⁾. Таким образом, предлагается следующая классификация качества андеррайтинга на основании значения коэффициента выплат:

- крайне неприемлемый (коэффициент выплат > 100%);
- недопустимый (99,99% > коэффициент выплат > 90%);
- неудовлетворительный (89,99% > коэффициент выплат > 80%);
- удовлетворительный (79,99% > коэффициент выплат > 60%);
- выше нормы (59,99% > коэффициент выплат > 50%);
- отличный (коэффициент выплат < 49,99%).

Оценка качества андеррайтинга, проводимого у лидеров российского страхового рынка по добровольному медицинскому страхованию на основе уровня рентабельности страхового портфеля, приведена в приложении П. В таблице 9 приведена выборочная вырезка из приложения П.

По добровольному медицинскому страхованию у большинства лидеров российского страхового рынка за последние несколько лет уровень качества андеррайтинга не поднимался выше удовлетворительного, при этом, как показано в приложении А, у ряда из этих страховщиков наблюдается экстенсивный рост страховых портфелей по данному виду страхования. Так, например, страховые организации «Ингосстрах», МАКС, «Альянс» и «Ренессанс» в последние годы увеличивали объем собираемой страховой премии, но при этом увеличении у них наблюдается также и увеличение убыточности страхового портфеля. Это, в свою очередь, говорит о некачественной системе андеррайтинга.

¹⁾ Применение такого метода расчетов обладает небольшой точностью ввиду использования однофакторной модели.

Таблица 9 – Оценка качества андеррайтинга некоторых лидеров российского страхового рынка по добровольному медицинскому страхованию за последние 3 года

В процентах

Страховая организация	2017 год		2018 год		2019 год	
	Коэффициент выплат	ЭQa	Коэффициент выплат	ЭQa	Коэффициент выплат	ЭQa
МАКС	94,59	Недопустимый	95,95	Недопустимый	96,18	Недопустимый
АО «СОГАЗ»	87,38	Ниже нормы	87,83	Ниже нормы	87,37	Ниже нормы
САО «Ингосстрах»	72,50	Удовлетворительный	71,50	Удовлетворительный	76,86	Удовлетворительный
САО «РЕСО – Гарантия»	80,43	Ниже нормы	79,04	Удовлетворительный	77,44	Удовлетворительный
АО «Альфа Страхование»	67,75	Удовлетворительный	75,41	Удовлетворительный	72,96	Удовлетворительный
«Согласие»	61,51	Удовлетворительный	68,36	Удовлетворительный	62,47	Удовлетворительный
«ЭнергоГарант»	71,76	Удовлетворительный	72,68	Удовлетворительный	77,96	Удовлетворительный
АО СК «Альянс»	68,99	Удовлетворительный	66,15	Удовлетворительный	72,00	Удовлетворительный
ООО «Группа Ренессанс страхование»	56,59	Выше нормы	66,24	Удовлетворительный	68,03	Удовлетворительный

Источник: составлено автором.

По добровольному медицинскому страхованию у большинства лидеров российского страхового рынка за последние несколько лет уровень качества андеррайтинга не поднимался выше удовлетворительного, при этом, как показано в приложении А, у ряда из этих страховщиков наблюдается экстенсивный рост страховых портфелей по данному виду страхования. Так, например, страховые организации «Ингосстрах», МАКС, «Альянс» и «Ренессанс» в последние годы увеличивали объем собираемой страховой премии, но при этом увеличении у них наблюдается также и увеличение убыточности страхового портфеля. Это, в свою очередь, говорит о некачественной системе андеррайтинга.

Рассмотрим и проанализируем состояние портфеля добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» как лидера российского

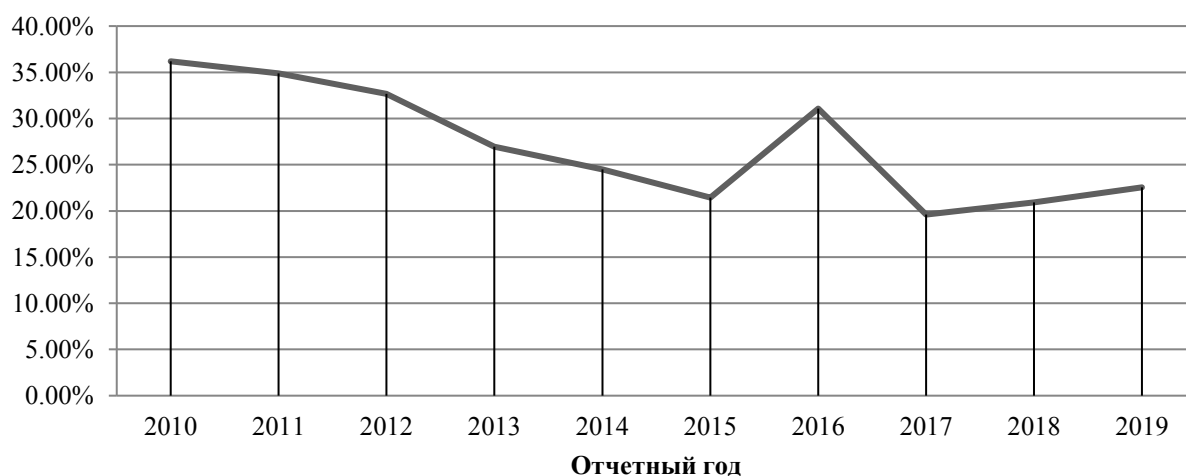
страхового рынка по розничному добровольному медицинскому страхованию за 10 лет в таблице 10.

Таблица 10 – Экономические показатели страхового портфеля САО «РЕСО-Гарантия» по ДМС

Год	Страховые премии, в тыс. руб.	Страховые выплаты, в тыс. руб.	Технический результат, в тыс. руб.	Коэффициент выплат, в процентах
2010	4 898 095	3 125 319	1 772 776	63,81
2011	5 357 196	3 487 978	1 869 218	65,11
2012	7 662 656	5 159 007	2 503 649	67,33
2013	8 824 238	6 447 511	2 376 727	73,07
2014	9 828 761	7 421 963	2 406 798	75,51
2015	9 590 139	7 532 707	2 057 432	78,55
2016	11 676 380	8 049 507	3 626 873	68,94
2017	12 625 519	10 150 605	2 474 914	80,40
2018	14 316 076	11 319 611	2 996 465	79,07
2019	17 554 643	13 597 268	3 957 375	77,45

Источник: составлено по материалам [140; 154; 159].

За последние 10 лет коэффициент выплат страхового портфеля САО «РЕСО-Гарантия» по ДМС увеличивался вместе с ростом собираемых страховых премий. Так, в 2010 году уровень выплат составлял 63,81%, а в 2019 – 77,45%. Более детально размер коэффициенты выплат страхового портфеля показаны на рисунке 12.

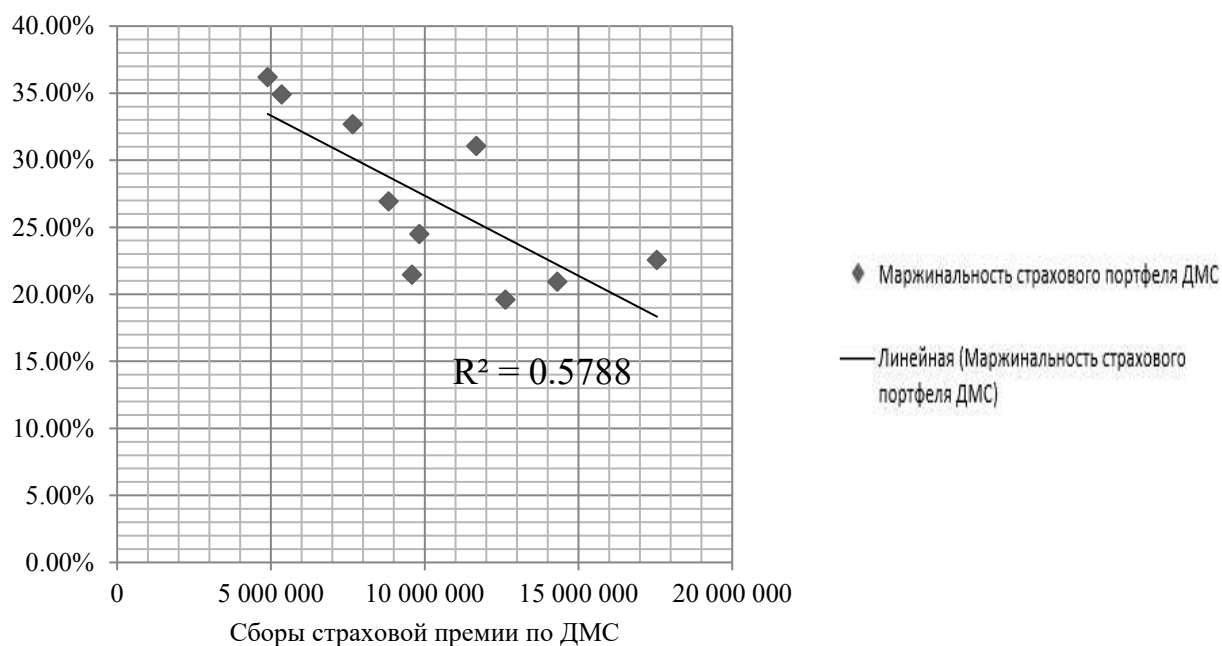


Источник: составлено автором.

Рисунок 12 – Рентабельность страхового портфеля добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» 2010-2019 гг.

Исключение из общей динамики составляет 2016 год. Это обусловлено заключением многомиллионного страхового договора с юридическим лицом в конце года, тем самым денежные средства успели поступить на расчетный счет страховщика, а выплат к концу отчетного периода еще немного.

Рассмотрим рентабельность страхового портфеля на рисунке 13, используя линию тренда и коэффициент детерминации (R^2).



Источник: составлено автором.

Рисунок 13 – Коэффициент детерминации рентабельности страхового портфеля ДМС
САО «РЕСО-Гарантия»

Однофакторный анализ страхового портфеля САО «РЕСО-Гарантия» показывает, что в связи с тем, что коэффициент детерминации (R^2) равен 0,58, то согласно шкале Чеддока существует заметная зависимость между размером страхового портфеля и уровнем выплат. Для подкрепления полученных результатов проведен регрессионный анализ, как показано на рисунке 14.

При заданной вероятности влияния в 95% значимая вероятность (P -value) $< 0,05$ и приблизительно равна 0,01, что свидетельствует о том, что между размером страхового портфеля и уровнем выплат существует сильная связь. При этом количество кадров, занимающихся андеррайтингом договоров страхования в центральном

аппарате страховщика, в рассматриваемом периоде увеличивалось на одного человека только в 2017–2019 гг. В связи с этим при росте страхового портфеля страдало качество проводимого андеррайтинга из-за недостаточности трудовых и временных ресурсов. Таким образом, качество андеррайтинга напрямую влияет на убыточность/рентабельность страхового портфеля.

<i>Регрессионная статистика</i>	
Множественный R	0.760777028
R-квадрат	0.578781686
Нормированный R-квадрат	0.526129397
Стандартная ошибка	0.042546144
Наблюдения	10

<i>Дисперсионный анализ</i>					
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Значимость F</i>
Регрессия	1	0.019898389	0.019898389	10.99252654	0.010610962
Остаток	8	0.014481395	0.001810174		
Итого	9	0.034379784			

	<i>Коэффициенты</i>	<i>Стандартная ошибка</i>	<i>t-статистика</i>	<i>P-Значение</i>	<i>Нижние 95%</i>	<i>Верхние 95%</i>	<i>Нижние 95,0%</i>	<i>Верхние 95,0%</i>
Y-пересечение	0.39298473	0.039243103	10.01410938	8.39929E-06	0.302489971	0.483479	0.30249	0.483479
Переменная X 1	-1.19437E-08	3.6024E-09	-3.315497933	0.010610962	-2.02509E-08	-3.6E-09	-2E-08	-3.6E-09

Источник: составлено автором.

Рисунок 14 – Регрессионный анализ влияния размера портфеля добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» на его рентабельность при однофакторной модели

Для повышения качества существующих систем андеррайтинга у российских страховщиков самым простым и распространенным решением является увеличение штата андеррайтеров, что позволяет вернуть коэффициент выплат на 60–65%. Если рассматривать САО «РЕСО-Гарантия», то данному страховщику нужно около пяти дополнительных андеррайтеров¹⁾ для достижения уровня выплат в 63%. Средняя зарплата андеррайтера по добровольному медицинскому страхованию на российском рынке составляет около 60000 рублей (согласно данным рекрутингового сайта www.hh.ru).

¹⁾ В 2010 году, когда уровень выплат по страховому портфелю был 63%, а объем страховой премии был 4,88 млрд рублей, работало три андеррайтера по добровольному медицинскому страхованию, с 2010 по 2019 год объем страховых премий вырос в 3,58 раза, а количество андеррайтеров увеличилось до шести человек. Таким образом, для того чтобы андеррайтеры обрабатывали то же количество договоров, что и в 2010 году, количество андеррайтеров необходимо увеличить минимум до 11 человек.

Таким образом, в год дополнительные затраты на заработную плату новых пяти андеррайтеров будут составлять

$60000/0,87*130,2\%*5*12=537587$ рублей, а всего 11 852 690 рублей будет затрачиваться в год на заработную плату всех андеррайтеров. При сборах страховых премий по ДМС в 17,55 млрд рублей это позволит получать дополнительно

$$(17,55-17,55*65/100-0,053_{\text{зарплата в год}})-(17,55-13,59)=2,13 \text{ млрд рублей.}$$

Сегодня различные отечественные и зарубежные страховые организации задумываются о том, как можно использовать телемедицинские технологии не только с целью снижения величины выплат, но и в андеррайтинге добровольного медицинского страхования, так как, по оценкам зарубежных экспертов интегрирование телемедицинских технологий (по аналогии с тем, как реализовано использование телематических устройств в автостраховании у заграничных страховщиков), андеррайтинг добровольного медицинского страхования может помочь достичь рентабельности страхового портфеля в 55%.

В условиях возрастающего уровня убыточности страховых портфелей добровольного медицинского страхования у ряда лидеров российского страхового рынка возрастает необходимость в оценке и улучшении качества андеррайтинга, который является одной из основополагающих причин снижения рентабельности страхового портфеля. Сегодня страховщики ищут новые пути решения для повышения качества андеррайтинга с применением современных технологий, взамен традиционных (увеличение штата сотрудников).

2.2 Анализ опыта применения телематических технологий в страховании

Опыт применения телематики в автостраховании

В странах Евросоюза и США применение телематики в автостраховании получило наименование: «Pay-As-You-Drive», то есть

«Плати-За-То-Что-Ездишь» и «Pay-How-You-Drive», то есть «Плати-Как-Ездишь». В Европе и США данный принцип существует еще с 2002 года. Число таких страховых договоров увеличивается на 25% в год. Данная популяризация является одним из «локомотивов» развития автострахования во всем мире.

Телематическое устройство может быть приобретено за счет страховой организации или за счет клиента – это зависит от политики страховщика. Благодаря такому оборудованию, установленному в автомобиле застрахованного, страховщик может отслеживать:

- местонахождение автомобиля с помощью глобальной навигационной спутниковой системы (ГЛОНАСС) и GPS;
- ускорение и торможение автомобиля;
- боковые перегрузки;
- количество пройденных километров;
- с помощью акселерометра установить, с какой стороны и какой мощности был удар по корпусу ТС.

Однако на данный момент почти все российские страховые организации прекратили использование телематических технологий в процессе андеррайтинга и заключения договоров КАСКО по различным причинам. Одними из основных проблем явились отсутствие полноценной статистической базы для создания грамотной скоринговой таблицы, а также многократное повышение убыточности сегмента ОСАГО, не позволяющей инвестировать денежные средства в поддержание неотработанной системы андеррайтинга контрактов КАСКО с использованием телематики.

Опыт применения телематики в страховании выезжающих за рубеж

На данный момент различные страховые организации, осуществляющие продажи своих страховых продуктов на российской рынке, разрабатывают технические и организационные инструменты для интеграции подвида

телемедицины – «мобильное здоровье» в страховой продукт ВЗР¹⁾. Так, например, страховая организация САО «РЕСО-Гарантия» летом 2017 года проводила подобный эксперимент по включению телемедицинских консультаций в полисы выезжающих за рубеж.

В случае если застрахованному нужна медицинская помощь за границей, страховщик обращается за помощью к медицинскому ассистансу (сервисной компании), который, в свою очередь, за дополнительную плату (вознаграждение) организует и оплачивает лечение застрахованного с последующим возмещением денежных средств у страховой организации. Как на отечественном, так и на мировом рынке подобные услуги сервисных компаний за каждый случай стоят в среднем около 3000 рублей. При этом очный прием у врача-специалиста, например в большинстве стран Шенгенского соглашения, стоит от 100 евро, а во многих других – гораздо дороже. Таким образом, за один очный визит застрахованного к врачу страховщик заплатит более 12 000 рублей. Так как большинство заболеваний, не требующих наблюдения в стационаре, нуждаются в мониторинге динамики выздоровления/лечения, то зачастую необходимо повторно прийти к врачу (а иногда и не один раз). Исходя из этого, один простой случай обойдется страховой организации не 12 000 рублей, а около 27 000 рублей.

На текущий момент стоимость одной телемедицинской консультации оценивается различными соответствующими провайдерами в среднем в 500 рублей. Таким образом, если по подобным страховым случаям пациент/застрахованный вместо очного визита к врачу будет пользоваться телемедициной, то страховщик будет иметь экономию около 11 000–27 500 рублей из-за того, что необходимость привлечения сервисной организации исчезает, а также за счет разницы в стоимости медицинских приемов.

¹⁾ В профессиональном общении страховщиков данный вид страхования носит название «выезжающие за рубеж», или сокращенно ВЗР.

Помимо этого, применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи возможно не только в простых случаях, но и при наблюдении хронических больных, а также для реабилитационного и/или послегоспитального медицинского наблюдения.

Таким образом, основываясь на изложенном выше, страховщик при интеграции телемедицинских технологий в обслуживание своих застрахованных при наступлении страхового события может снизить уровень выплат страхования граждан, выезжающих за рубеж, на 20–40% от текущей, а также повысить свою конкурентоспособность за счет увеличения привлекательности страховых продуктов. Клиент же получает следующие преимущества:

- не нужно в обязательном порядке ехать в лечебно-профилактическое учреждение на прием к терапевту;
- возможность получения медицинской помощи в течение получаса;
- в большинстве случаев визит врача на дом можно заменить телемедицинскими консультациями;
- запись на прием к узкоспециализированному врачу происходит гораздо быстрее и проще.

Применение телематики в обязательном медицинском страховании

В ряде зарубежных стран телемедицинские технологии уже давно используются в системе государственных гарантий и успешно работают в страховой модели. В Российской Федерации телемедицина только начинает внедряться в систему ОМС:

- большинство всех клиник, находящихся на территории России (как частных, так и государственных), заменили бумажные медицинские карты на электронные;
- 01.01.2018 вступил в силу Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»;

– 05.05.2018 утверждено Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» – один из крупнейших проектов российской системы здравоохранения за последние годы. В 2021 году Министерство здравоохранения Российской Федерации планирует частично запустить данный проект в медицинских учреждениях. Данная система нацелена на предоставление благ и услуг как для граждан, так и для государства: консолидация электронных медицинских карт, предоставление возможности записи к врачу через интернет в любое медицинское учреждение, телемедицинские консультации, мониторинг закупаемого медицинского оборудования и медикаментов, а также их поставки и оставшееся количество в клинике, предоставление сведений о лечебно-профилактическом учреждении и его работниках. Расходы на ЕГИСЗ в следующие два года составят 1,45 млрд рублей;

– разрабатывается проект «Третье мнение» – система по диагностике заболеваний, которая включает распознавание патологий по медицинским цифровым изображениям. «Третье мнение» представляет собой приложение, которое можно использовать на рабочем компьютере или смартфоне пользователя. Оно работает на основе нейронной сети, обученной распознавать патологии в медицинских изображениях;

– 01.07.2017 вступил в силу Федеральный закон от 01.05.2017 № 86-ФЗ «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»», позволяющий врачам выписывать электронный больничный лист. В связи с тем что обычные бумажные рукописные больничные листы постоянно теряются, портятся и тому подобное, а стоимость одного бланка для фонда социального страхования стоит почти тысячу рублей, то замена их на электронные позволит сэкономить миллионы рублей;

– в 2017 году Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Внешэкономбанком начали разработку первых пилотных проектов по использованию технологии блокчейн в сфере здравоохранения.

Опыт применения телематерики в добровольном медицинском страховании

Страховые организации тоже начинают имплементировать телемедицинские консультации в программы добровольного медицинского страхования, среди них:

- САО «РЕСО-Гарантия» совместно с сетью медицинских центров MedSwiss;
- ООО «Группа Ренессанс Страхование» с клиниками «Доктор рядом»;
- САО «Ингосстрах» с клиниками «Будь здоров»;
- АО «МетЛайф» совместно с WorldCare;
- САО «ВСК» с Ниармедик и Best Doctors;
- ООО СК «Сбербанк страхование» с «Сбер Здоровье»;
- ПАО СК «Росгосстрах» с множеством клиник;
- ЗАО СК «МАКС» с клиниками «Доктор рядом».

Сегодня в продукты данных страховых организаций из телемедицинских технологий включены только консультации с врачами и психологами.

Невзирая на то что многие страховщики уже работают и имеют устойчивые партнерские отношения с одним из провайдеров телемедицинских услуг (или разработали собственную телемедицинскую платформу), на российском рынке стали учащаться случаи, когда, для того чтобы выиграть тендер, страховщик должен предоставлять телемедицинские консультации только через определенного провайдера. Так, например, одним из обязательных условий тендера, опубликованного ПАО «Сбербанк» в 2018 и 2020 годах, было предоставление дистанционных медицинских консультаций через ООО «ДОКДОК» (с 2017 года входит в группу компаний

«Сбербанк»). В связи с чем все страховщики, выигравшие соответствующие лоты тендера, вынуждены были заключать договоры с ООО «ДОКДОК» и настраивать свое техническое и программное обеспечение для работы с информационной платформой провайдера.

В связи с этим страховые организации, не приведенные выше, не стали запускать отдельные страховые программы с телемедициной для физических лиц, а заключают договор подряда с различными провайдерами телемедицинских услуг по каждому корпоративному клиенту в соответствии с пожеланиями последнего. Такую политику, например, выбрали АО «СОГАЗ», АО «АльфаСтрахование», АО СК «Альянс» и другие.

На конец 2018 года только четыре страховые организации публично раскрывают информацию о том, сколько у них продано полисов с телемедициной: страховая компания «ВТБ Страхование» начала осуществлять продажи страховых продуктов с телемедициной в середине 2016 года, за этот период было продано более 30 000 полисов индивидуальным клиентам и застраховано более 200 000 корпоративных клиентов. В это же время, по словам руководства страхового общества, продажа страховых продуктов/программ с телемедициной в добровольном медицинском страховании принесла организации более 240 млн рублей. Компания САО «РЕСО-Гарантия» запустила продажи страховой защиты с телемедициной в июле 2016 года. За время, до середины 2020 года, было заключено более 100 000 полисов с физическими лицами на сумму, превышающую 200 млн рублей, а также более 2 млн сотрудников корпоративных клиентов получили программу «Телемедицина РЕСО». «Ренессанс страхование» начиная с апреля 2017 года застраховала более 200 000 клиентов по программе с включенной телемедициной. Более 12 000 человек приобрели телемедицинские услуги через «АльфаСтрахование». Остальные страховые общества не публикуют на данный момент информацию о количестве продаж их страховых телемедицинских продуктов. При этом все страховые общества,

использующие телемедицинские технологии в своих программах ДМС, как показано в приложении Р, отмечают высокую востребованность данной услуги среди застрахованных, а также то, что данная технология помогает им снижать свои затраты на обслуживание застрахованных за счет меньшей стоимости приема врача.

Таким образом, как показано в таблице 11, российские страховщики по разному интегрировали телемедицину в свой портфель добровольного медицинского страхования: кто-то разработал отдельные, специальные страховые программы, другие не стали создавать отдельные страховые программы, а сотрудничают с различными провайдерами услуг под конкретного клиента, одни включили телемедицинские услуги всем своим застрахованным, а другие ограничились только «пилотными» проектами, третьи же запустили масштабные продажи «телемедицинских» полисов, не включая их всем застрахованным поголовно.

Таблица 11 – Телемедицина в добровольном медицинском страховании российских страховых организаций

Страховщик	В какой форме телемедицина включена в ДМС	Количество застрахованных с телемедициной с 2016 г. по 2019 г.
1	2	3
РЕСО-Гарантия	Отдельная страховая программа	Более 2 500 000 застрахованных
Ингосстрах	Отдельная страховая программа	Более 1 500 000 застрахованных
СОГАЗ	Отдельная страховая программа	Нет информации
Ренессанс страхование	Отдельная страховая программа	Более 200000 застрахованных
АльфаСтрахование	Нет отдельной программы, индивидуальные условия под конкретного корпоративного клиента	Более 300 000 застрахованных
Альянс	Нет отдельной программы, индивидуальные условия под конкретного корпоративного клиента	Нет информации
Русский стандарт	Отдельная страховая программа	Нет информации
Эрго	Отдельная страховая программа	Нет информации

Продолжение таблицы 11

1	2	3
ВСК	Отдельная страховая программа	Нет информации
Росгосстрах	Отдельная страховая программа	Нет информации
Сбербанк страхование	Отдельная страховая программа	100% застрахованных

Источник: составлено автором.

Большинство страховщиков разработало отдельные страховые программы для телемедицины, при этом они как продаются в розницу, так и включаются в корпоративные продажи добровольного медицинского страхования. Единственным страховым продуктом, в который почти у всех страховщиков не включена телемедицина, является страхование трудовых мигрантов. В основном страховые организации продают телемедицину в трех видах:

- отдельно телемедицинскую программу как «миникоробочный» продукт;
- в классическом страховании физических лиц, а также в «коробочных» продуктах для них;
- добровольное медицинское страхование сотрудников корпоративного клиента, в данном виде продажи телемедицинские услуги нередко идут бесплатно – бонусом.

С 2015 года по 2019 год количество страховых договоров ДМС, заключенных страховщиками, интегрировавшими телемедицинские технологии в процесс обслуживания застрахованных при наступлении страхового события, увеличилось на 6 855 683 штуки. При этом, как показано в таблице 12, объем собранной премии этими страховыми организациями вырос более чем на 66 млрд рублей.

В 2016 году страховыми организациями, интегрировавшими телемедицинские технологии, было заключено на 666 722 договора больше, чем в 2015 году. В 2017 году было заключено на 895 070 договоров больше,

чем в 2016 году, в 2018 году – на 1 186 194 больше, чем в 2017 году, а в 2019 году – на 4 103 364, чем в 2018 году.

Таблица 12 – Показатели страхового портфеля добровольного медицинского страхования страховых организаций, имплементировавших телемедицинские технологии в процесс обслуживания застрахованных при наступлении страхового события, 2015–2019 гг.

Страховщик	2015 год		2016 год		2017 год		2018		2019	
	премии, млрд руб.	Заключено договоров, тысяч штук	премии, млрд руб.	Заключено договоров, тысяч штук	премии, млрд руб.	Заключено договоров, тысяч штук	премии, млрд руб.	Заключено договоров, тысяч штук	премии, млрд руб.	Заключено договоров, тысяч штук
Росгосстрах	7,72	1450	8,03	1224	6,02	1192	6,51	1151	19,7	1471
ВСК	3,17	912	4,3	853	5,26	1157	6,46	1455	7,18	1772
РЕСО-Гарантия	9,59	665	11,67	865	12,62	1058	14,31	1020	17,55	1137
Ингосстрах	8,07	1057	7,73	651	8,51	985	9,37	1410	10,89	3491
ВТБ страхование	4,09	599	4,58	577	5,26	828	8,51	1155	7,32	2078
Ренессанс страхование	4,48	53	5,74	732	5,92	803	6,31	777	6,85	761
Сбербанк страхование	0,13	211	0,37	915	0,32	551	0,56	676	0,84	812
СОГАЗ	34,92	390	44,32	404	52,85	441	55,2	458	60,24	509
АльфаСтрахование	8,27	111	8,99	157	12,03	209	13,91	266	15,35	411
Альянс	7,36	249	9,67	22	6,61	39	7,78	81	8	108

Источник: составлено по материалам [140; 154; 159].

Согласно оценкам Центрального банка Российской Федерации [141] и различных экспертов, рост страховых портфелей обусловлен в большей степени расширением продуктовых линеек страховщиков недорогими страховыми полисами, такими как «Защита от клещевого энцефалита», «Экстренная медицинская помощь», «Медицинская помощь при ДТП» и в особенности заточенными на телемедицинские технологии, стоимость таких страховых полисов в основном не превышает 10 000 рублей. В результате, как показано на рисунке 15, наблюдается динамика увеличения числа заключаемых контрактов ДМС.



Источник: составлено автором.

Рисунок 15 – Рост страхового портфеля ДМС у российских страховщиков, интегрировавших телемедицинские технологии в страховой портфель

В соответствии с законодательством Российской Федерации медицинскую лицензию могут иметь только юридические лица¹⁾, а не врачи, как во многих других странах. Таким образом, как показано на рисунке 16, доктор, не числящийся сотрудником в каком-либо лечебно-профилактическом учреждении, не может оказывать медицинскую помощь.

¹⁾ Лечебно-профилактические учреждения.



Источник: составлено автором.

Рисунок 16 – Взаимодействие страховщика с другими участниками при организации и оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

В процессе организации и предоставления страхового возмещения в натуральном выражении по ДМС, с применением телемедицинских технологий задействованы несколько субъектов, выполняющих свои обязанности в данном процессе. Страховщик в данном процессе выполняет следующий функционал: производит поиск покупателей такой страховой программы (индивидуальных и корпоративных клиентов), затем подписывает с ними страховой контракт, включающий телемедицину. Лечебное учреждение, в свою очередь, предоставляет докторов, которые будут

проводить телемедицинские консультации. Назначенные доктора, кроме проведения телеконсультаций, обязаны также заполнять медицинское заключение по проведенной консультации. Это медицинское заключение должно сохраняться не только в информационной системе клиники, но и на информационной платформе страховой организации. Для того чтобы дать застрахованным возможность получать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, страховщик должен иметь специализированное программное обеспечение, позволяющее проводить дистанционные медицинские консультации.

Использовать такую информационную систему страховщик может, либо разработав ее самостоятельно, либо беря в аренду. В приложении С приведены партнеры страховых организаций, выступающие провайдерами информационной платформы, служащей для оказания телемедицинских консультаций.

Страховые организации, продающие полисы с телемедициной, как правило, передают создание телемедицинской платформы и сопутствующих технически-информационных инструментов на аутсорсинг. На сегодняшний день лидером российского рынка по разработке и внедрению платформы, позволяющей осуществлять дистанционные медицинские консультации, является организация ООО «Медицинская компания Доктор рядом».

Как показано в таблице 13, с каждым годом все больше работодателей требуют от страховых организаций наличия телемедицинской программы в их страховом пакете, это подтверждается и в тендерных запросах.

Таблица 13 – Количество тендеров, в которых присутствует условие об обязательном наличии телемедицинских консультаций

Показатель	Год						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1	2	3	4	5	6	7	8
Количество опубликованных тендеров, в штуках	1056	11 383	12 698	14 742	17 523	182 329	21 428

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6	7	8
Процент тендеров по медицинскому страхованию, где запрошены телемедицинские консультации, в процентах	0,001	0,03	0,08	1,26	18,34	24,48	62,39

Источник: составлено на основе тендерных запросов, поступивших в САО «РЕСО-Гарантия».

Начиная с 2016 года можно наблюдать повышение востребованности медицинского обслуживания с применением телемедицинских технологий в тендерах от работодателей на приобретение добровольного медицинского страхования для своих сотрудников. В связи с тем, что средства массовой информации активно рекламируют и популяризируют телемедицинские технологии и услуги, осведомленность населения постоянно увеличивается, что в свою очередь стимулирует рост спроса на данный сервис. Таким образом, использование телемедицинских технологий в процессе обслуживания застрахованных по добровольному медицинскому страхованию позволит принять на страхование большее количество клиентов.

В условиях экстенсивного роста страховых портфелей у большинства лидеров российского страхового рынка по добровольному медицинскому страхованию страховым организациям необходимо реорганизовывать основные бизнес-процессы, влияющие на качество страхового портфеля – его коэффициент убыточности. Используя показатель прибыли по страховому портфелю, руководство страховой организации может оценить качество проводимого андеррайтинга и в зависимости от полученного значения принять решение о необходимости внедрения изменений в процесс андеррайтинга страховых договоров. На данный момент большинство лидеров российского страхового рынка, у которых наблюдается увеличение убыточности страхового портфеля, уже внедрили телемедицинские технологии в процесс обслуживания застрахованных по добровольному

медицинскому страхованию. Телемедицинские технологии обладают потенциалом в повышении рентабельности добровольного медицинского страхования не только при их интеграции в процесс оказания медицинской помощи застрахованным, но и также при их имплементации в процедуру оценки рисков, принимаемых на страхование при заключении страхового контракта.

Глава 3

Имплементация современных технологий в процесс андеррайтинга добровольного медицинского страхования

3.1 Мероприятия для интеграции телемедицинских технологий в программы добровольного медицинского страхования

Первоначальным этапом для имплементации телемедицины в добровольное медицинское страхование является выбор того вида телемедицины, который страховщик планирует использовать в страховом портфеле. Наибольшие преимущества страховые организации получают от телемедицинских консультаций, работающих по принципу врач-пациент.

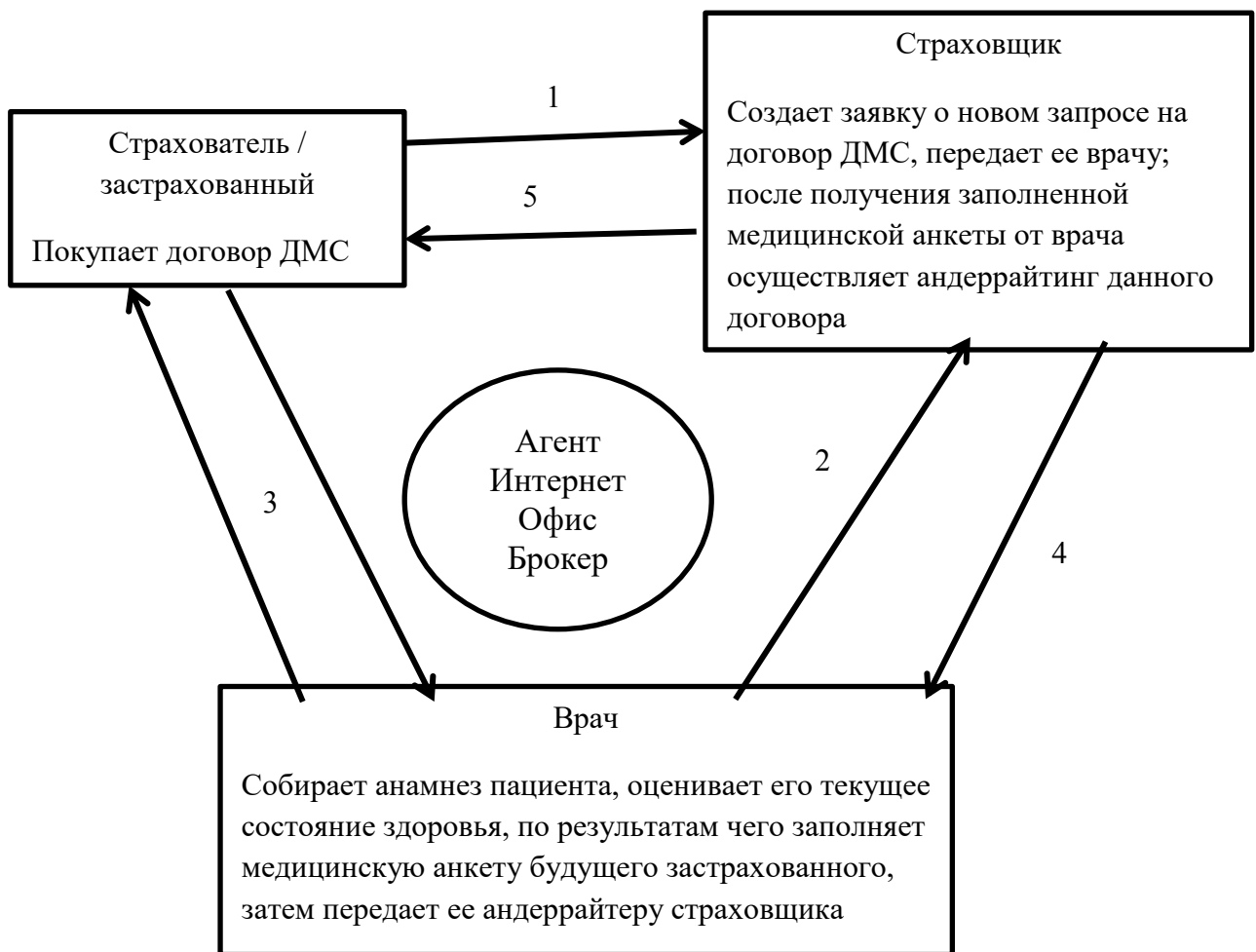
Метод имплементации телемедицинских консультаций в процесс медицинского андеррайтинга

Телемедицинские консультации могут использоваться страховщиками не только организации и осуществления страховых выплат в натуральном выражении по ДМС, но и вместо стандартного анкетирования при заключении договора страхования (с целью повышения качества андеррайтинга).

На сегодняшний день, оформляя страховой контракт с индивидуальным лицом, страховая организация, прогнозируя степень возможности наступления страхового случая, как правило, осуществляет письменный опрос клиента о наличии у последнего заболеваний, проведенных хирургических операциях, профессии, возрасте и поле для дальнейшего выставления поправочного коэффициента к базовому тарифу и определения итоговой страховой суммы по договору.

Текущая система медицинского анкетирования лиц, принимаемых на страхование, оставляет высокий риск проявления страхового мошенничества в виде антиселекции, так как застрахованные предпочитают не сообщать страховой организации всю правду о состоянии своего здоровья, пытаясь

таким образом уменьшить стоимость страхового полиса. Врач, проводя беседу с клиентом, может снизить подобное мошенничество. Применение телемедицинских консультаций в режиме онлайн, как показано на рисунке 17, позволяет воплотить данную модель в реальность, так как доктору уже не нужно физически находиться рядом с клиентом, особенно это актуально становится в период пандемии, когда личное общение между посторонними людьми должно быть сведено до минимума.



Нумерация означает последовательность взаимодействия участников процесса между собой.

Источник: составлено автором.

Рисунок 17 – Схема заключения контракта ДМС с физическим лицом при использовании телемедицинских технологий

При обращении потенциального страхователя в страховую организацию для приобретения страхового полиса любым доступным ему способом страховщик оформляет запрос и затем направляет его доктору. Данная

процедура может быть осуществлена также и в автоматизированном режиме. Врач, получив данный запрос, осуществляет опрос клиента по видеосвязи (применяя телемедицинские технологии), чтобы выявить особенности организма клиента и его анамнез, которые могут негативно отразиться на увеличении вероятности возможности наступления страхового случая. Во время собеседования врач заполняет анкету, содержащую данные о состоянии здоровья клиента, медицинской истории заболеваний и операциях, вредных привычках, в том числе оставляет свои комментарии для андеррайтера. После чего заполненная анкета сохраняется в системе/базе страхового общества¹⁾. После чего андеррайтер, проводя экспертизу на основе полученной от врача анкеты, устанавливает поправочные коэффициенты к страховой нетто-премии, далее данная информация с конечной величиной страховой премии отправляется клиенту.

Анкеты, применяемые страховщиками сегодня, как правило, содержат вопросы только по фактически перенесенным болезням, травмам и операциям (помимо роста, веса, наличия вредных привычек). При этом, как упоминалось выше, клиенты часто указывают в этих анкетах заведомо ложные данные с целью снижения величины страховой премии, которую им необходимо заплатить страховщику для заключения контракта. В силу психологических особенностей человеческого мышления «соврать» на бумаге человеку гораздо проще, чем в прямом диалоге, тем более с врачом. Связано это также с тем, что при заполнении анкеты у клиента есть достаточное количество времени, чтобы подумать над ответом. Помимо этого, врач, опрашивая потенциального клиента при помощи видеосвязи (и сопутствующих телемедицинских технологий), кроме стандартных вопросов анкеты, относящихся к перенесенным заболеваниям, травмам и операциям, будет задавать клиенту наводящие вопросы, например: «Как часто у вас случается изжога?», «Как часто у вас болит живот; как он болит, в каких местах?», «Как часто и как

¹⁾ Врач и андеррайтер могут быть одним лицом, но при условии наличия у андеррайтера диплома и сертификата врача, позволяющего осуществлять медицинскую деятельность.

именно у вас болит горло?» и прочее. В зависимости от полученных ответов на наводящие вопросы врач может определить предрасположенность клиента к тем или иным заболеваниям. А также, основываясь на визуальном анализе и психологическом портрете будущего застрахованного, может спрогнозировать наступление того или иного страхового события за время действия будущего договора страхования. Как видно из описанного, агент, заключающий контракт, и/или андеррайтер не могут получить данные сведения о клиенте, особенно при условии, если прямого визуального контакта с ним нет. Таким образом, использование телемедицинских технологий и предлагаемой схемы значительно повышает знания страховщика о клиенте до заключения договора, тем самым позволяя более грамотно оценить возможные риски и гораздо адекватнее применить поправочные коэффициенты, что, как уже описывалось в работе, в свою очередь приведет к увеличению селекции объектов, принимаемых на добровольное медицинское страхование.

Помимо этого, перспективной технологией, которая сможет заметно улучшить качество результата, получаемого врачом с помощью телемедицинских технологий при сборе медицинской информации о будущем застрахованном, является детектор лжи. При условии, что детектор лжи будет представлен искусственным интеллектом, встроенным в программу, предназначенную для видеосвязи, в процессе которой происходит диалог между клиентом и доктором. Это позволит опрашивающему врачу составить более корректную картину о состоянии здоровья потенциального застрахованного, его психологический портрет, а также сформировать более качественное заключение и медицинскую анкету, передаваемые андеррайтеру. В свою очередь, используя данные, полученные в заключении от врача, а также данные о том, на каких вопросах клиент солгал, андеррайтер может применить более корректный поправочный коэффициент, а то и вовсе отказать в страховании. Уже сегодня есть подобные технологии, позволяющие в режиме реального времени, по видеосвязи, определять, когда твой собеседник

лжет. Так, например, в 2006 году появилось бесплатное расширение KishKish Lie Detector для программного обеспечения Skype. Данное расширение основано на анализе речи и частоты звуковых сигналов. Помимо этого расширения, различные мировые организации ведут разработки похожих программных обеспечений и искусственных интеллектов, однако точность существующих подобных дистанционных технологий сильно удалена от точности профессионального полиграфа. Таким образом, как только появится искусственный интеллект, способный с высокой точностью в режиме онлайн по видеосвязи распознавать ложь, станет целесообразным интегрировать данную технологию в процесс получения медицинской информации о состоянии здоровья лица.

Для имплементации данной технологии/услуги (без детектора лжи) в процессы и договоры ДМС, а также ее легальной работы, как показано на рисунке 18, страховой организации необходимо выполнить и соблюсти консолидацию следующих требований:

– контракты с лечебно-профилактическими учреждениями, врачи которых будут оказывать медицинские видеоконсультации¹⁾:

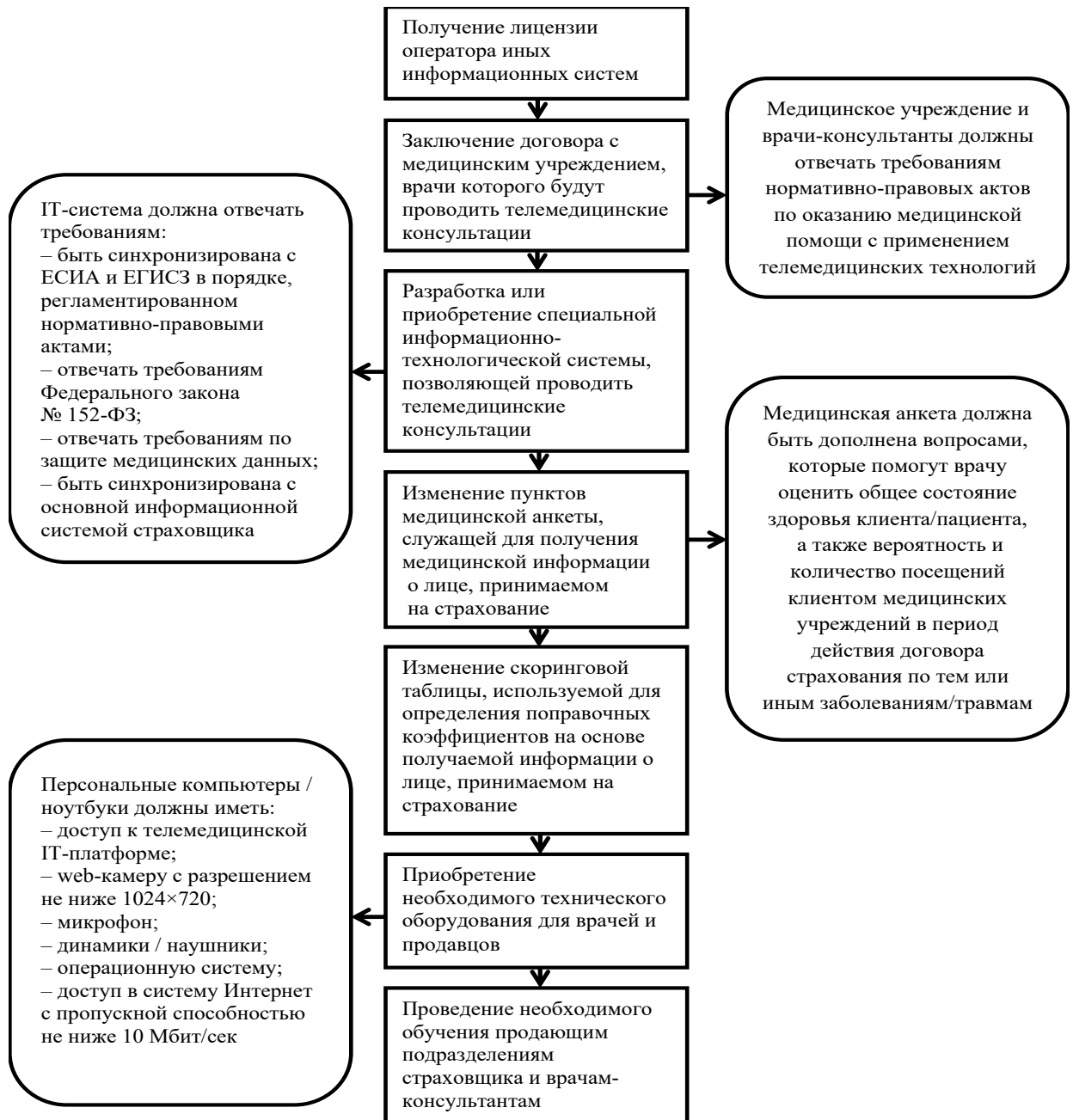
1) обязательно наличие лицензий у медицинских учреждений на оказание соответствующих видов медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий;

2) медицинские учреждения должны быть внесены в Федеральный реестр медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;

3) необходимые сведения о врачах, должны быть внесены в Федеральный регистр медицинских работников²⁾;

¹⁾ В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрирован Министерство юстиции Российской Федерации 09.01.2018, регистрационный номер 49577) врачи, оказывающие медицинскую помощь, должны обязательно являться сотрудниками медицинского учреждения.

²⁾ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2013 № 1195н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг» (зарегистрирован Министерство юстиции Российской Федерации 21.04.2014, регистрационный № 32044).



Источник: составлено автором.

Рисунок 18 – Алгоритм интегрирования телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга добровольного медицинского страхования

При этом, помимо непосредственной медицинской составляющей, есть ещё множество технических нюансов, которые необходимо соблюсти страховщику для организации телемедицинских консультаций:

– наличие информационно-технологической платформы, позволяющей осуществлять телемедицинские консультации в режиме реального времени:

- 1) данное программное обеспечение должно быть синхронизировано с медицинскими информационными системами лечебно-профилактических учреждений с целью синхронизации медицинских заключений, выданных пациентам с использованием телемедицинских технологий, расписания дежурства врачей, записи на очный прием к врачу;
- 2) программное обеспечение должно быть интегрировано в информационную систему страховой организации с целью повышения качества обслуживания застрахованных, а также качества проводимого андеррайтинга и урегулирования убытков;
- 3) информационная система обязана перед началом медицинской видеоконсультации идентифицировать пациентов (застрахованных)/клиентов и врачей с помощью Единой системы идентификации и аутентификации;
- 4) информационная платформа должна отображать для застрахованных информацию о медицинских учреждениях и врачах, оказывающих медицинскую помощь с использованием телемедицинских технологий, операторе иных информационных систем и о самой системе (детализированный перечень указан в пункте 46 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н);
- 5) телемедицинская платформа должна быть синхронизирована с ЕГИСЗ и ее подсистемами в соответствии с правилами и порядками, установленными Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.04.2018 № 447 «Об утверждении Правил взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями»;

– наличие у медицинских работников необходимого технического оборудования для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

– наличие у агентов/продавцов необходимого технического оборудования для проведения телемедицинской консультации между клиентом и врачом с целью сбора медицинских данных о состоянии здоровья пациента перед заключением договора страхования;

– владелец информационной системы, позволяющей проводить медицинские видеоконсультации (это может быть страховщик или сторонняя организация), должен:

1) соответствовать требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»:

а) хранить персональные данные клиентов (пациентов/застрахованных) на территории Российской Федерации;

б) обеспечить второй уровень защищенности хранимых и дистанционно передаваемых персональных данных [15];

2) иметь статус оператора иных информационных систем;

– перед оказанием медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий застрахованный (пациент) должен подписать (собственноручно или в электронном формате с применением Единой системы идентификации и аутентификации):

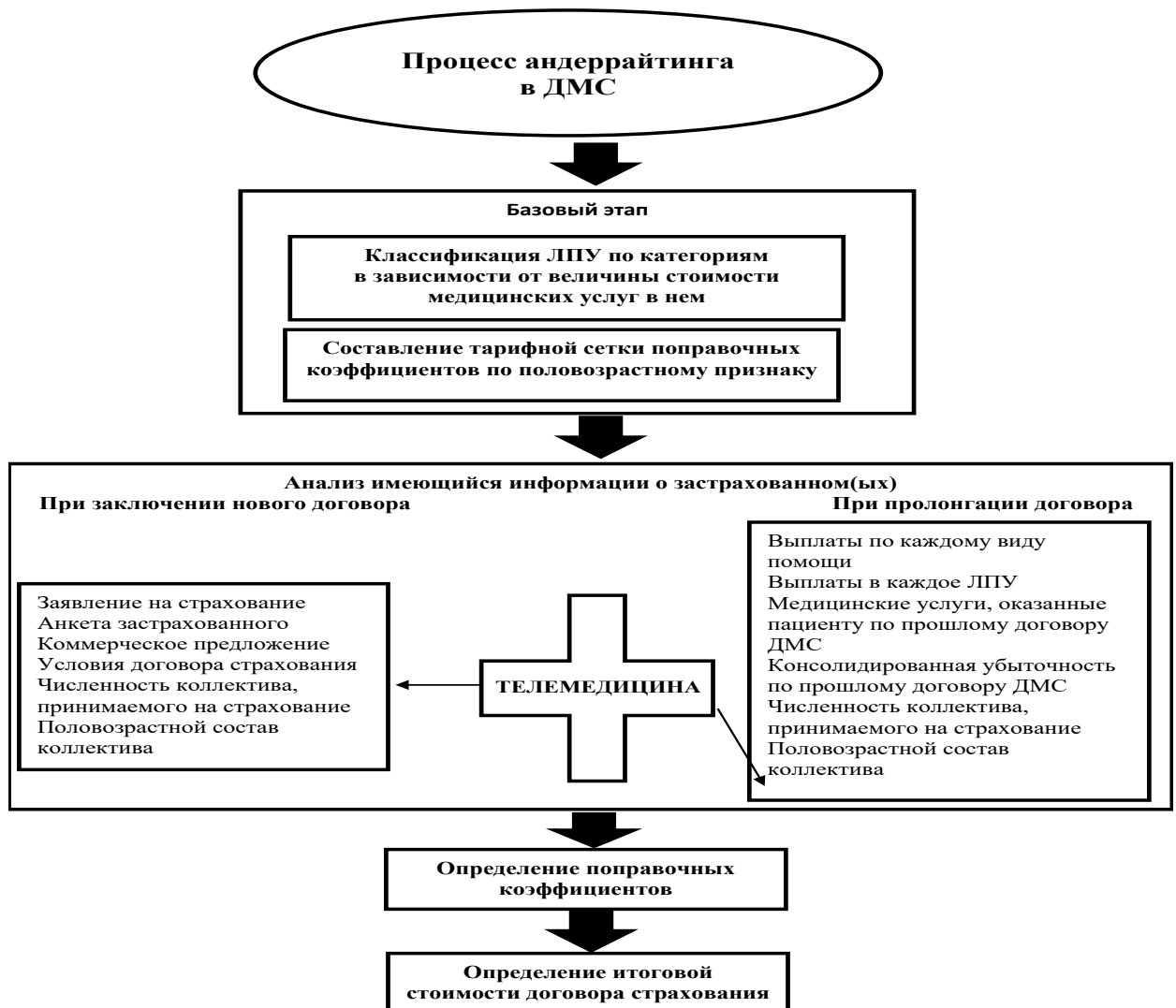
1) согласие на обработку персональных данных;

2) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (пример указан в приложении № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н);

– наличие необходимых знаний у врачей о том, как проводить телемедицинские консультации как с целью анкетирования перед заключением договора страхования, так и с целью оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

– наличие необходимых знаний у агентов/продавцов о том, какие действия они должны выполнить, чтобы клиент (физическое лицо) смог проконсультироваться/пройти анкетирование с врачом с использованием телемедицинских технологий при заключении договора страхования и в дальнейшем получать медицинскую помощь подобным образом.

Наиболее рациональным решением интеграции телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга будет использование телемедицины на стадии сбора данных о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование (как при заключении нового договора, так и при пролонгации), рисунок 19.



Источник: составлено автором.

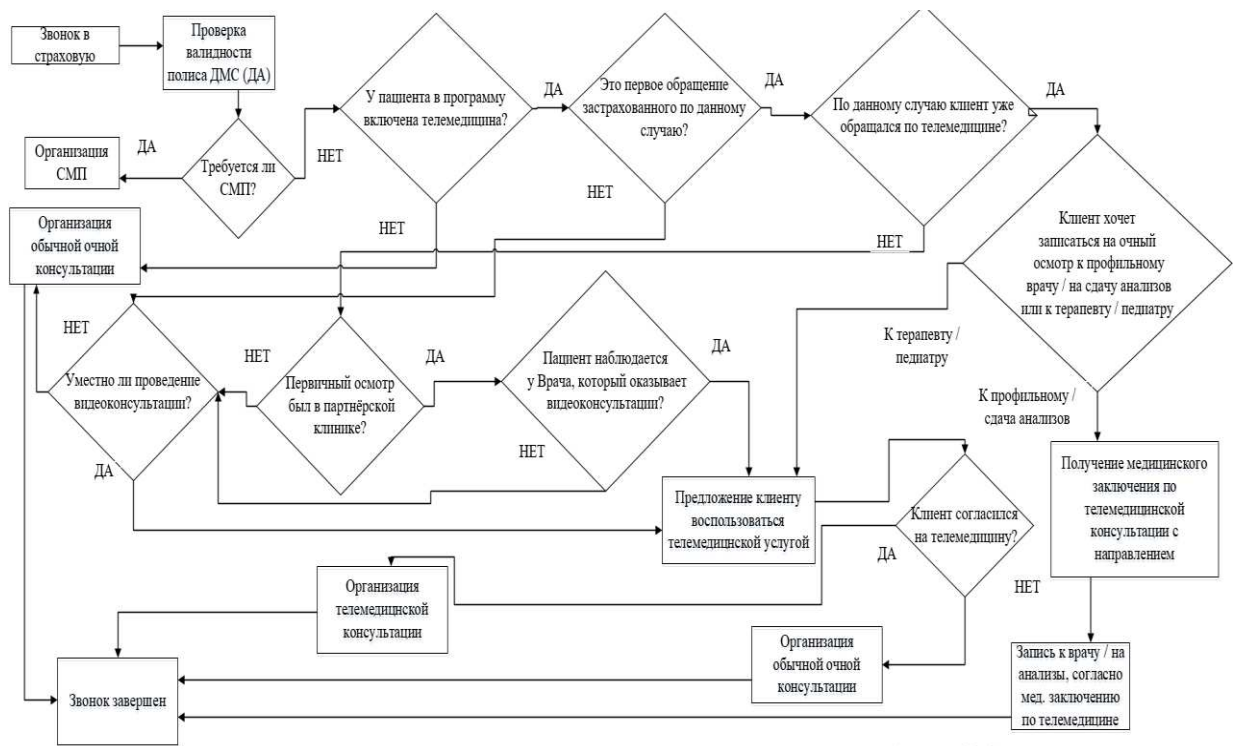
Рисунок 19 – Процесс андеррайтинга с внедренными телемедицинскими технологиями

Таким образом, метод имплементации и использования телемедицинских технологий в процессе андеррайтинга с целью повышения его качества и рентабельности страхового портфеля выглядит следующим образом:

- разработка телемедицинской IT-платформы;
- заключение договоров с медицинскими учреждениями;
- приобретение необходимого технического оборудования для продающих подразделений и врачей;
- изменение медицинской анкеты;
- изменение скорринговой таблицы;
- обучение продавцов и врачей;
- переработка процесса сбора и анализа данных о лице, принимаемом на страхование.

Метод интеграции и использования телемедицинских консультаций при предоставлении страхового возмещения в натуральном выражении по ДМС

При имплементации телемедицинских технологий в процесс обслуживания застрахованных при наступлении страхового случая немаловажным действием для получения больших преимуществ от использования телемедицины является грамотное обслуживание застрахованных на уровне диспетчерской. Для снижения количества очных визитов к врачу за медицинской помощью застрахованными, как показано на рисунке 20, операторам контакт-центра/диспетчерской необходимо предлагать пациентам до записи на очный прием воспользоваться медицинской помощью с использованием телемедицинских технологий. При этом необходимо прописать четкие алгоритмы, чтобы сразу отсекать тех застрахованных/пациентов, которым нужна скорая медицинская помощь, обязательный очный осмотр (например, при травме есть подозрение на перелом костей, который без соответствующего рентгеновского аппарата не установить).



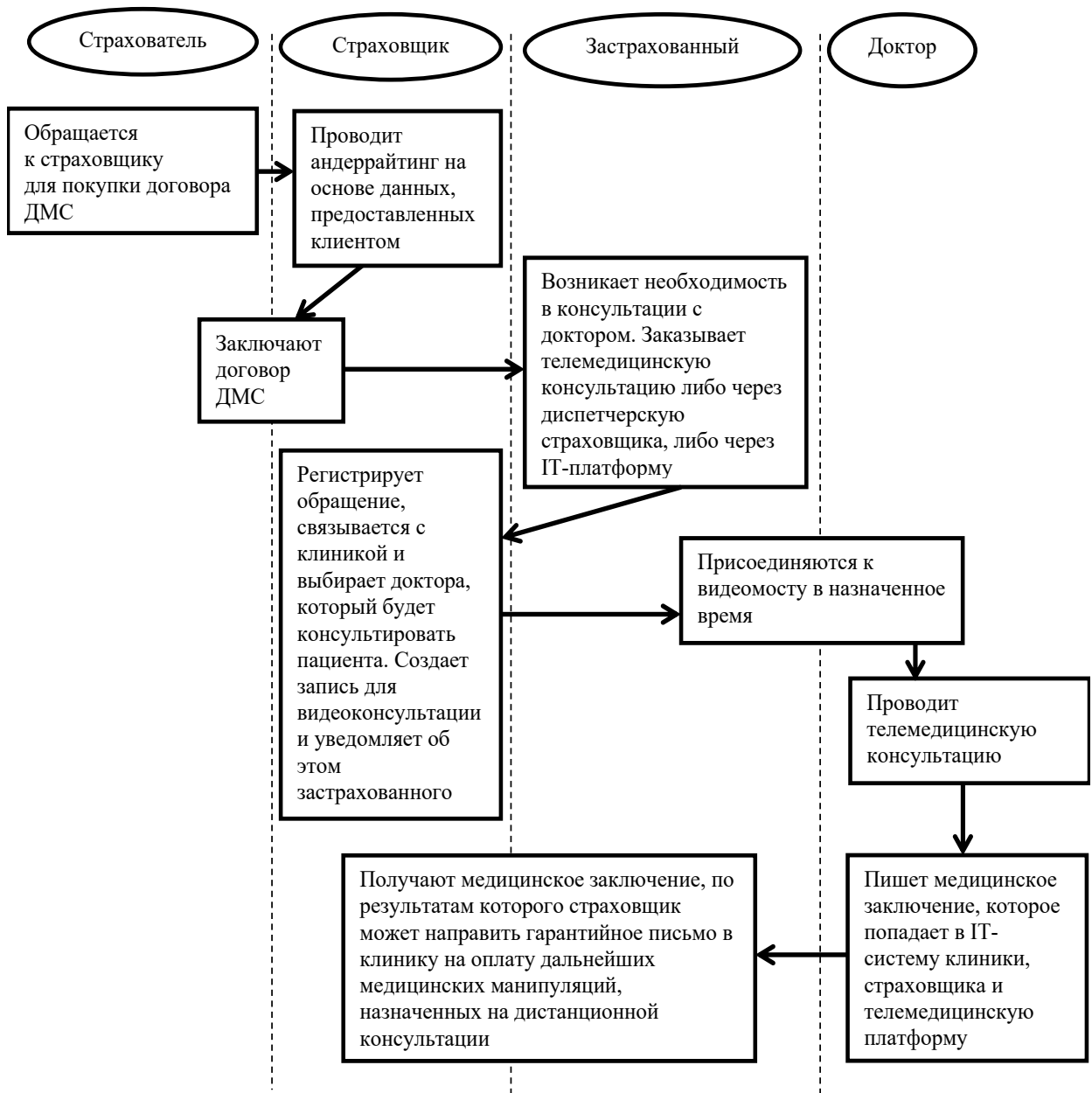
Источник: составлено автором.

Рисунок 20 – Обработка обращения застрахованного по договору ДМС для оказания медицинской помощи с использованием телемедицины

После выполнения всех требований, указанных на рисунке 20, процесс оказания медицинской помощи с применением телемедицинских консультаций выглядит как на рисунке 21.

Страхователь и страховая организация оформляют страховой контракт, включающий в себя возможность применения телемедицинских технологий в процессе оказания медицинской помощи. Если застрахованному необходимо получить неэкстренную медицинскую помощь, он может ее получить, используя телемедицину. Заказать данную услугу клиент может с помощью мобильного приложения, звонка в диспетчерскую страховщика или через браузер в личном кабинете. После получения запроса от застрахованного страховщик связывается с клиникой (может быть автоматизировано) для определения доктора, который будет консультировать. Затем страховая организация создает видеомост между врачом и пациентом в установленное застрахованным время. После видеоконсультации доктор составляет медицинский отчет и может дать направление пациенту к

узкоспециализированному врачу или на сдачу анализов. Данное медицинское заключение автоматически сохраняется в электронной медицинской карте пациента, которая доступна страховому обществу, пациенту и врачам лечебно-профилактического учреждения. Далее страховщик организует дальнейшие медицинские визиты застрахованного согласно направлению, полученному по результатам телемедицинской консультации.



Источник: составлено автором.

Рисунок 21 – Процесс оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, оплачиваемой страховщиком по полису добровольного медицинского страхования

Страхователь и страховая организация оформляют страховой контракт, включающий в себя возможность применения телемедицинских технологий в процессе оказания медицинской помощи. Если застрахованному необходимо получить неэкстренную медицинскую помощь, он может ее получить, используя телемедицину. Заказать данную услугу клиент может с помощью мобильного приложения, звонка в диспетчерскую страховщика или через браузер в личном кабинете. После получения запроса от застрахованного страховщик связывается с клиникой (может быть автоматизировано) для определения доктора, который будет консультировать. Затем страховая организация создает видеомост между врачом и пациентом в установленное застрахованным время. После видеоконсультации доктор составляет медицинский отчет и может дать направление пациенту к узкоспециализированному врачу или на сдачу анализов. Данное медицинское заключение автоматически сохраняется в электронной медицинской карте пациента, которая доступна страховому обществу, пациенту и врачам лечебно-профилактического учреждения. Далее страховщик организует дальнейшие медицинские визиты застрахованного согласно направлению, полученному по результатам телемедицинской консультации.

Для интеграции телемедицинских технологий в процесс оказания медицинской помощи застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования страховщик должен выполнить ряд процессов, некоторые из которых тождественны с теми алгоритмами, которые страховая организация должна выполнить для имплементации телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга. Таким образом, метод внедрения телемедицинских технологий в добровольное медицинское страхование с целью создания новых страховых продуктов и изменения имеющихся выглядит следующим образом:

- разработка телемедицинской IT-платформы;
- заключение договоров с медицинскими учреждениями;
- приобретение необходимого технического оборудования для врачей;

- обучение сотрудников медицинской диспетчерской страховщика;
- реорганизация работы медицинской диспетчерской страховщика;
- обучение сотрудников, занимающихся урегулированием убытков и направлением гарантийных писем в медицинские учреждения для оказания медицинской помощи застрахованным по добровольному медицинскому страхованию;
- реорганизация работы по урегулированию убытков и направлению гарантийных писем в лечебные учреждения;
- обучение врачей, которые будут оказывать медицинскую помощь с применением телемедицинских консультаций.

Во многих случаях доктора просят пациентов прийти повторно с целью динамического наблюдения за заболеванием. В случае когда застрахованный имеет хронические заболевания, ему необходимо на регулярной основе проходить осмотр у лечащего врача. В большинстве случаев хронические, врожденные и наследственные заболевания исключены из страховой программы ДМС, однако использование телемедицинских консультаций может способствовать смене устоявшегося уклада в данном отношении.

В том числе телемедицина дает возможность застрахованным консультироваться с врачом, где бы они ни находились. Особенно это актуально для тех районов, где имеются проблемы с доступностью медицинских учреждений.

В результате имплементации телемедицинских консультаций в свои продукты ДМС страховщик может привлечь большее количество клиентов.

Таким образом, страхователь/застрахованный и страховая организация имеют следующие преимущества от имплементации телемедицинских технологий в процесс предоставления медицинских услуг по контрактам добровольного медицинского страхования:

Застрахованный:

- не нужно в обязательном порядке ехать в лечебно-профилактическое учреждение на прием к терапевту;

- возможность получения медицинской помощи в течение получаса;
- в большинстве случаев визит врача на дом можно заменить телемедицинскими консультациями;
- запись на прием к узкоспециализированному врачу происходит гораздо быстрее и проще.

Страховая организация:

- снижение убыточности ДМС за счет уменьшения стоимости консультации доктора;
- повышение конкурентоспособности за счет увеличения привлекательности страхового портфеля.

«Мобильное здоровье» в режиме офлайн

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н предоставление телемедицинских консультаций в режиме офлайн предусматривает дистанционное изучение медицинских документов медицинскими работниками и подготовку ими медицинского заключения без очного общения с пациентом. До 01.01.2018 такой вид медицинских консультаций осуществлялся, как правило, с помощью использования электронной почты. В связи с тем, что на текущий момент обмен персональными данными по электронной почте не соответствует требованиям защищенности, согласно действующему законодательству Российской Федерации получение медицинской помощи с применением такого средства коммуникации является незаконным.

Для использования такого вида коммуникаций необходимо соблюдение тех же самых требований, что и для медицинских видеоконсультаций в режиме реального времени. Однако сами видеоконсультации можно заменить на обмен документами с помощью защищенного канала связи, например FTPS – file transport protocol + SSL (secure sockets layer), VPN – virtual private network и т.п.

Биомониторинг

Биомониторинг может быть трех типов: стационарный, домашний и

мобильный. Рассмотрим организацию и использование наиболее выгодного для страховой организации мобильного биомониторинга. Страховщик может использовать данные, получаемые с устройства мобильного биомониторинга, для нескольких целей:

- для повышения качества андеррайтинга. До заключения контракта ДМС (в том числе при пролонгации) клиент некоторое время (примерно месяц) носит это устройство, которое в режиме 24/7/365 передает необходимые страховщику показатели на сервера страховой организации. Непосредственно перед заключением контракта на страхование все полученные с устройства данные обрабатываются в автоматическом режиме по специально созданной скоринговой таблице и, в зависимости от итогового значения, полученного с помощью расчетов по таблице/тарифной сетке, страховщик применяет тот или иной поправочный коэффициент к заключаемому договору с данным страхователем;

- для дистанционного биомониторинга острых состояний здоровья застрахованного пациента. В этом случае датчик передает медицинские показания, отражающие сильное отклонение от нормы, дежурному врачу в лечебно-профилактическом учреждении. Получив эти данные, врач может оперативно реагировать: связаться срочно с пациентом и дать рекомендации или вызвать застрахованному бригаду скорой медицинской помощи. Особенно данный вид телемедицины актуален для людей, имеющих хронические и критические заболевания. Данный вид телемедицины лучше всего предлагать клиентам по дорогим видам добровольного медицинского страхования, например международному медицинскому страхованию, страхованию на случай критических заболеваний/онкострахованию.

Использование мобильного биомониторинга по первому принципу позволит страховщику получить следующие выгоды:

- улучшение качества андеррайтинга до подписания страхового контракта за счет того, что страховщик будет иметь более детальные данные о здоровье будущего застрахованного и сможет применить более корректный

поправочный коэффициент к контракту страхования. Стоит отметить, что использование биомониторинга в данных целях имеет особую и наибольшую ценность в страховании жизни, а также позволит повысить качество андеррайтинга в добровольном медицинском страховании;

- снижение уровня убыточности за счет более грамотного андеррайтинга;

- предоставление более выгодных условий страхования для людей, имеющих хорошее состояние здоровья;

- увеличение сбалансированности страхового портфеля по данным видам страхования;

- повышение конкурентоспособности на рынке за счет перечисленных выше пунктов.

Использование мобильного биомониторинга по второму принципу позволит страховщику получить следующие выгоды:

- оценка состояния здоровья пациента перед оказанием медицинской помощи – понимание, покрывается ли страховой программой лечение симптомов заболевания, возникших у пациента. Это улучшает качество урегулирования убытков по данному виду страхования;

- снижение объема выплат на лечение (как госпитальное, так и амбулаторное) за счет оперативного реагирования лечащего врача на внезапно возникшие подозрительные симптомы;

- повышение привлекательности страхового продукта;

- повышение своей конкурентоспособности.

Для организации и предоставления своим застрахованным данного сервиса страховая организация должна выполнить следующие процедуры:

- закупить необходимые устройства, обеспечивающие биомониторинг по необходимыми медицинскими показаниями. В соответствии с приказом Минздрава от 30.11.2017 № 965н все телемедицинское оборудование, считающее показатели состояния здоровья человека, должно иметь регистрационное удостоверение медицинского изделия;

- разработать скоринговую таблицу, с использованием которой впоследствии будет определяться поправочный коэффициент к заключаемому договору страхования;

- заключить договор с лечебно-профилактическим учреждением, врачи которого будут следить за медицинскими данными, получаемыми с устройств биомониторинга;

- обеспечить бесперебойную передачу данных с носимых устройств на сервера лечебно-профилактического учреждения, а также на сервера самого страховщика;

- провести с врачами необходимые тренинги;

- внедрить разработанную скоринговую таблицу в автоматический расчет стоимости договора страхования;

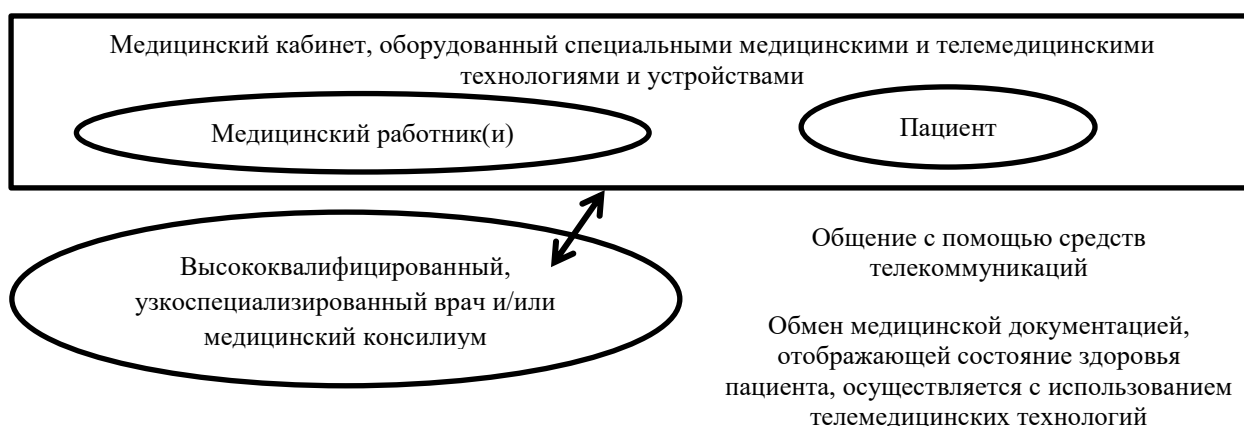
- обеспечить выполнение норм и правил законодательства Российской Федерации в части оказания медицинской помощи, в том числе с применением телемедицинских технологий (полный список требований и нормативных документов указан выше в перечне необходимых мероприятий для телемедицинских консультаций).

Стационарный телемедицинский комплекс

Стационарные телемедицинские комплексы служат для оказания различных медицинских услуг, в том числе и для общения между пациентом и медицинским консилиумом. Как показано на рисунке 22, пациент, находящийся в специально оборудованном медицинском кабинете, получает медицинскую помощь (начиная с консультирования и заканчивая хирургическими операциями, контролируемые высококвалифицированным врачом дистанционно).

Для организации стационарного телемедицинского комплекса необходимо первоначально закупить необходимое медицинское, телемедицинское и телекоммуникационное оборудование, обеспечить бесперебойный доступ данного оборудования к сети Интернет, обеспечить хранение персональных данных (в том числе и медицинских), а также

обеспечить их второй уровень защищенности, после чего необходимо организовать соблюдение требований к подобным телемедицинским консультациям, установленных в Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н. Как правило, выполнение данных условий осуществляет само лечебно-профилактическое учреждение, на базе которого формируется стационарный телемедицинский комплекс.



Источник: составлено автором.

Рисунок 22 – Схема оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в стационарном телемедицинском комплексе

Следующим шагом является организация сети медицинских учреждений, участвующих в дистанционном лечении пациентов, обращающихся за данным видом медицинской помощи. После установления партнерских договорных отношений с медицинскими учреждениями необходимо организовать технические условия (телекоммуникационное оборудование, программное обеспечение) для врачей этих клиник, чтобы они могли проводить телемедицинские консультации. Партнерские клиники могут быть двух типов:

– отечественные – расположенные на территории Российской Федерации. Наибольшие экономические и репутационные преимущества лечебно-профилактическое учреждение получит при организации медицинской помощи в стационарном телемедицинском кабинете при

условии, что эта клиника находится в небольшом населенном пункте, а партнерское медицинское учреждение, чьи врачи будут оказывать медицинскую помощь, находятся в крупных населенных пунктах, где врачи имеют более качественное медицинское образование;

– зарубежные – расположенные в странах с развитой системой здравоохранения, таких как Гонконг, Сингапур, Испания, как показано в приложении Б. Наибольшую экономическую эффективность организация медицинской помощи с применением стационарных телемедицинских комплексов получит при работе с данными партнерами, если российское медицинское учреждение (есть некий российский посредник при общении клиента с зарубежной клиникой) находится в городах-мегаполисах (города с количеством населения, превышающим 1 млн человек).

В свою очередь страховой организации необходимо включить данный вид медицинской помощи в продукты ДМС, опираясь на то, какой экономический эффект она хочет получить от реализации данной медицинской помощи:

– реализация медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, осуществляемых отечественными специалистами (первый тип партнерских клиник), принесет страховщику следующие преимущества:

1) предоставление застрахованным, находящимся в регионах, удаленных от качественной медицинской помощи, возможности получить узкоспециализированную медицинскую помощь у высококвалифицированного медицинского специалиста из крупного города;

2) снижение расходов на организацию медицинской помощи по полисам ДМС за счет того, что вероятность врачебных ошибок снижается, так как устанавливать медицинский диагноз и назначать лечение будет квалифицированный врач;

3) повышение имиджа страховщика для региональных организаций, представительств иностранных организаций и граждан Российской Федерации, находящихся и/или проживающих в регионе. В свою очередь это

будет способствовать заключению большего числа договоров добровольного медицинского страхования;

– реализация данного сервиса с участием зарубежных специалистов (второй тип партнерских клиник) принесет страховщику в основном только улучшение имиджа, так как пользоваться данной услугой будут либо люди с серьезными заболеваниями, желающие получить «второе медицинское мнение» у зарубежного специалиста, либо граждане с достатком выше среднего, попадающие под условные категории «ТОП» и «ВИП». В этом случае страховщик получает незначительное повышение своей конкурентоспособности.

В зависимости от того, какие врачи будут осуществлять дистанционные консультации, страховщику необходимо определить соответствующие страховые тарифы.

Интеграция и использование телемедицинских технологий в процессе обслуживания клиентов по полисам ДМС требуют от страховщика значительных трудозатрат и финансовых ресурсов, связанных в первую очередь с разработкой необходимого программного обеспечения, покупки технического оборудования, а также соблюдения и выполнения различных нормативно-правовых актов, направленных на регулирование деятельности организаций, занимающихся предоставлением медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. При этом, как показано в параграфе 3.1 и параграфе 3.2, при имплементации телемедицинских технологий в свои программы ДМС страховщик может получить массу преимуществ, которые делают указанные затраты обоснованными:

– повышение качества медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам;

– улучшение качества проводимого андеррайтинга перед заключением договоров страхования;

– снижение уровня убыточности страхового портфеля добровольного медицинского страхования;

- повышение сбалансированности страхового портфеля в целом;
- улучшение имиджа организации;
- увеличение конкурентоспособности.

3.2 Эффективность использования телемедицины в добровольном медицинском страховании

Экономическую эффективность использования телемедицины в добровольном медицинском страховании целесообразно оценить через процентное/количественное изменение следующих ключевых показателей:

- снижение убыточности страхового портфеля за счет повышения качества андеррайтинга;
- снижение объема выплат в денежном эквиваленте.

Повышение качества андеррайтинга

На основе данных портфеля САО «РЕСО-Гарантия», указанных в таблице 8, рассчитаем необходимое количество врачей, которые будут опрашивать клиентов для сбора медицинских показателей, на основе которых в дальнейшем андеррайтер будет рассчитывать страховую премию по полисам ДМС.

19 852 человека застрахованы по классическому добровольному медицинскому страхованию физическими лицами (убыточный сегмент – уровень выплат 109,84%). $19\ 852 / 365 \text{ дней} = 55 \text{ человек}$, столько людей необходимо ежедневно опрашивать.

За сутки один врач может провести консультацию не более, чем с 20 клиентами. Учитывая, что врач не может работать в режиме 24/7/365, необходимо четыре врача, работающих посменно. По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), в Российской Федерации средняя заработная плата врачей с высшим образованием в 2019 году составляла 79 000 рублей. Таким образом, учитывая налогообложение, затраты на заработную плату одного врача в год будут составлять

$(79\,000 / 0,87 * 130,2\%) * 12 = 118\,227$ рубля. Соответственно, годовые затраты на заработную плату четырех врачей составят 5 674 923 рубля.

888 868 человек застрахованы по классическому добровольному медицинскому страхованию юридическими лицами (низкая рентабельность – коэффициент выплат 77,71%). $888\,868 / 365$ дней = 2436 человек, столько людей необходимо ежедневно опрашивать.

Чтобы ежедневно проводить консультации с 2436 клиентами, необходимо $2436 / 20 = 122$ врача, работающих одновременно 24/7/365. Но необходимо также учитывать, что человек не может работать без сна и отдыха, поэтому требуется как минимум 244 врача, занимающихся только этой работой посменно. Годовые затраты на заработную плату такого количества врачей $244 * 118\,227 = 28\,847\,388$ рублей.

Страховая организация *N* уже эмпирическим методом доказала, что, используя описанную выше модель вместо стандартного анкетирования, можно повысить качество андеррайтинга. В эксперименте был выбран один из филиалов страховщика, в котором полисы ДМС оформлялись с предварительным дистанционным общением врача и лица, принимаемого на страхование. В эксперименте участвовало 50 договоров, по которым было принято на добровольное медицинское страхование 78 человек. Когда данные контракты закончили свое действие, их убыточность была на 20,61% ниже, чем в среднем по аналогичным полисам, проданным в этом филиале. В основном это было вызвано тем, что андеррайтер, основываясь на информации, полученной от врача, применял поправочные коэффициенты еще более дифференцированно. Так, например, по 32 заключенным контрактам страховая премия была выше, так как помимо ответов на стандартные вопросы анкеты врач также замечал и заполнял еще симптоматику различных недугов клиентов, а также высказывал свое профессиональное врачебное мнение – заключение, в результате чего андеррайтер имел более расширенную информацию о лице, принимаемом на

страхование. При этом по оставшимся 18 заключенным договорам страховая премия была ниже стандартной по тем же самым причинам.

В таблице 14 показано, что если применить опыт, полученный страховой организацией *N*, на наиболее убыточные сегменты страхового портфеля «РЕСО-Гарантия», а также при условии полного повторения результатов эксперимента, то в этом случае финансовые показатели страхового портфеля изменятся.

Таблица 14 – Возможное влияние интеграции телемедицинских консультаций в процесс андеррайтинга добровольного медицинского страхования на примере страхового портфеля САО «РЕСО-Гарантия» за 2019 год

В миллионах рублей

Вид ДМС	Статистический показатель	Застраховано человек	Сборы страховой премии	Страховые выплаты	Уровень выплат, в процентах	Технический результат
Юридические лица (ДМС классический)	Было до использования ТМ	888 868	15 374	11 947	77,71	3427
	С использованием ТМ	888 868	15 374	8779	57,1	6595
Классический ДМС для физических лиц	Было до использования ТМ	19 852	1342	1474	109,84	-132
	С использованием ТМ	19 852	1342	1197	89,23	145

Источник: составлено автором.

Интеграция телемедицинских консультаций в процесс андеррайтинга добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» может позволить страховщику увеличить технический результат:

– по контрактам с юридическими лицами на $6595 - 3427 - 29$ (затраты на заработную плату врачей) = 3139 млн рублей;

– по договорам с физическими лицами на $145 + 132 - 6$ (затраты на заработную плату врачей) = 271 млн рублей.

Таким образом, страховщик получит экономию более 3,41 млрд рублей, что составляет примерно 19,4% от суммы страховых премий по данному виду страхования (17,55 млрд рублей) этой страховой организации.

Проведенные математические расчеты доказывают целесообразность затрат страховщика на интеграцию телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга продуктов добровольного медицинского страхования, имеющих высокий коэффициент выплат. В связи с тем что технический результат страховщика по основной деятельности увеличивается, то и финансовый результат улучшается. В свою очередь этот факт повышает конкурентоспособность страховщика за счет притока дополнительных средств для инвестиций, увеличения заинтересованности инвесторов, удорожания стоимости акций организации и возможности выхода на дополнительные рынки сбыта продукции.

При осуществлении описываемой процедуры медицинского опроса будущего застрахованного страховая организация обязана обеспечить защищенный канал связи между застрахованным и врачом, а также при передаче врачом страховщику заполненной медицинской анкеты с целью исключения возможности утечки персональных и медицинских данных клиента. Помимо этого, в случае если клиент оформляет договор страхования в офисе, страховщик должен предоставить закрытое помещение (небольшую отдельную комнату), где клиент может поговорить с врачом наедине – это также необходимо для нераспространения медицинских данных. Однако если общение между врачом и пациентом будет происходить в формате переписки, в этом случае предоставление отдельного кабинета необязательно. Еще одним недостатком такой системы является увеличение времени на передачу медицинской анкеты от страхователя к страховщику, так как в данном случае в этом процессе участвует еще одно лицо – врач.

Еще одной телемедицинской технологией, способной стимулировать рост рентабельности портфеля добровольного медицинского страхования при ее интеграции в процесс андеррайтинга, является мобильный биомониторинг.

Сегодня, заключая контракт с юридическим лицом, принимая на страхование его сотрудников, страховое общество анализирует половозрастной состав сотрудников клиента, их численность,

профессиональную деятельность. Также при пролонгации страховое общество оценивает результат (убыточность) заканчивающегося договора. Но использование данного метода, как показывают практика и финансовые результаты страховых организаций, ведущих свою деятельность на российском рынке, зачастую не приносит ожидаемых результатов, и страховщики все равно получают значительно меньшую прибыль по договору, чем было запланировано, а иногда и убыток. Альтернативной технологией, способной помочь страховщикам снизить убыточность корпоративных договоров, является мобильный биомониторинг. Ведь, по оценкам зарубежных страховых экспертов, использование данных с мобильного биомониторинга при андеррайтинге позволит уменьшить loss ratio до 55%.

Если после появления биомониторинговых устройств, отвечающих запросам страховщиков, их средняя стоимость составляла бы 5000 рублей (по аналогии со стоимостью телематических устройств для автомобилей), то наиболее рациональным было бы распространить такие приборы на наименее рентабельные сегменты портфеля добровольного медицинского страхования – так, например, в РЕСО это обычное добровольное медицинское страхование корпоративных клиентов и физических лиц. Эти два сегмента состоят из 908 720 застрахованных лиц. Таким образом, единовременные затраты на приобретение необходимого оборудования для этого количества застрахованных составляет $908\,720 * 5000 = 4,54$ млрд рублей. В 2019 году сборы страховой премии по ним составили 16,72 млрд рублей, а выплаты 13,42 млрд рублей. При этом выгода страховщика (при условии уровня убыточности, по оценкам западных экспертов, в 55%) при данных затратах составляет $16,72 - (16,72 * 55/100) - 4,54 = 2,98$ млрд рублей.

Несмотря на то что при внедрении дистанционного биомониторинга в систему андеррайтинга в добровольном медицинском страховании страховщик сэкономит меньше денежных средств, чем при обычном увеличении штата, необходимо учитывать, что данные финансовые показатели относятся только к первому году внесения изменений. Если

рассматривать данные новшества в рамках трех и более лет (при условии сохранения объема сборов страховой премии), становится понятно, что имплементация мобильного биомониторинга в андеррайтинг принесет большую экономию денежных средств, чем увеличение штата андеррайтеров, за счет того, что затраты на оборудование являются единовременными и на следующие отчетные периоды они не распространяются, в отличие от постоянной заработной платы персонала:

Увеличение штата

$$(16,72 - (16,72 * 65/100) - 0,053_{\text{зарплата в год}}) * 3 = 17,4 \text{ млрд рублей.}$$

Биомониторинг

$$(16,72 - (16,72 * 55 / 100)) * 3 - 4,54 = 18,02 \text{ млрд рублей.}$$

Таким образом, за три года использования биомониторинга в андеррайтинге добровольного медицинского страхования страховщики могут получить экономию денежных средств выше, чем от увеличения штата андеррайтеров.

Альтернативным решением высокого уровня убыточности корпоративных договоров добровольного медицинского страхования, помимо биомониторинга и увеличения количества андеррайтеров, является пересмотр страховщиком поправочных коэффициентов в сторону их увеличения.

Однако главным минусом данного решения является существенное увеличение стоимости договора страхования. В условиях жесткой конкурентной борьбы страховых организаций за каждого клиента, в особенности корпоративного, страховщики зачастую заметно снижают размер страховой премии для страхователя. Тем самым увеличение базового тарифа даст отрицательный результат, выраженный в снижении числа застрахованных, и, как следствие, снижение объемов сборов страховых премий. При этом при использовании мобильного биомониторинга страховая организация сможет показать корпоративному клиенту, по каким сотрудникам размер страховой премии будет выше или ниже и почему. Вместе с тем обоснование будет строиться не сухо на теории вероятности и общей

статистике, а на фактах, свидетельствующих о состоянии здоровья конкретного работника, что повышает лояльность потенциального корпоративного клиента к страховой организации, а также делает обоснованным софинансирование договора страхования работниками, имеющими проблемы со здоровьем и, как следствие, повышенную вероятность риска наступления у них страхового события. Так, например, при данной модели работодатель платит размер страховой премии, такой, как если бы не применялись поправочные коэффициенты в зависимости от здоровья работников, а сотрудники работодателя, по которым был установлен повышающий коэффициент с помощью устройств биомониторинга, доплачивают разницу.

Приведенные выше расчеты по повышению качества андеррайтинга добровольного медицинского страхования с применением технологий дистанционного биомониторинга остаются пока лишь теоретическим предположением. В связи с тем, что на данный момент еще не существует таких устройств, в полной мере отвечающих клиническим требованиям, а также требованиям различных страховщиков, неизвестна и себестоимость таких приборов для их оптовой закупки страховщиками. Однако использование дистанционного биомониторинга для андеррайтинга имеет высокий потенциал, и для чем большего количества лиц, принимаемых на страхование, будет применяться данная технология, тем больше преимуществ сможет получить страховщик.

На сегодняшний день ни одна страховая организация в мире еще не использует биомониторинг в процессе оценки рисков вероятности наступления страхового события у потенциальных застрахованных, однако многие страховщики используют иные телемедицинские технологии в процессе урегулирования убытков.

Еще одной перспективной технологией, которая сможет помочь отечественным страховщикам узнать больше медицинской информации о своем будущем клиенте, является разрабатываемая сейчас в Министерстве

здравоохранения Российской Федерации Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее – ЕГИСЗ). С помощью данной системы электронная медицинская карта пациента будет доступна в любом медицинском учреждении страны, но только с согласия гражданина. Таким образом, лечебно-профилактическое учреждение, осуществляя лечение пациента, будет иметь полный анамнез застрахованного, что позволит минимизировать вероятность постановки неверного медицинского диагноза и последующего лечения. Однако в связи с тем, что данное программное обеспечение находится еще в разработке, не понятно, какую именно информацию лечебно-профилактические учреждения смогут видеть по пациенту. В том числе пока не известно, смогут ли страховщики пользоваться данной системой или нет. В связи с чем делать предположения и расчеты о возможном влиянии имплементации информации Единой государственной системы в сфере здравоохранения в процессы андеррайтинга добровольного медицинского страхования еще рано.

Снижение объема выплат в денежном эквиваленте

Рассматривается путем окупаемости затрат на замену традиционной технологии работы на телемедицинскую.

В своей работе «Телемедицина: клинические, организационные, правовые, технологические, экономические аспекты» Владзимирский А.В. в соавторстве с Камаевым И.А. предлагает расчет стоимости одной телемедицинской консультации по формуле (5)

$$C = (ЗП_{мп} + ЗП_{ип} + ЗП_{пп}) * (1 + СО) + АО + ИИ + РМ + ОУР + УСО + Пр, \quad (5)$$

где С – стоимость одной телемедицинской консультации;

ЗП_{мп} – заработная плата медицинского персонала;

ЗП_{ип} – заработная плата инженерно-технического персонала;

ЗП_{пп} – заработная плата прочего персонала

СО – отчисления в социальные фонды;

АО – амортизация оборудования;

ИИ – износ инвентаря;

РМ – стоимость расходных материалов;

ОУР – общие учрежденческие расходы;

УСО – стоимость услуг сторонних организаций;

Пр – прибыль.

В своей работе «Особенности экономического анализа инвестиционных проектов в здравоохранении» Джеджелаева Е.И. [53] предлагает методику оценки и сравнения финансовой эффективности телемедицины и обычной формы медицинского обслуживания через формулы:

– годовые затраты на телемедицину по формуле (6)

$$T = Nt * Vt + Ct, \quad (6)$$

где T – годовые затраты на телемедицину;

Nt – клиенты, которым оказаны телемедицинские консультации в течение года;

Vt – переменные затраты на одного клиента;

Ct – консолидированные постоянные затраты на телемедицину в год;

– формула (7) для выявления годовых затрат на обычное медицинское обслуживание

$$A = Na * Va + Ca, \quad (7)$$

где A – годовые затраты на стандартное медицинское обслуживание;

Na – количество клиентов, получивших медицинскую помощь;

Va – переменные затраты на одного застрахованного;

Ca – консолидированные постоянные затраты на медицинскую помощь в год.

Используя вышеописанные формулы, можно определить финансовые преимущества использования телемедицины вместо стандартной системы медицинского обслуживания.

В том числе произвести экономическую оценку эффективности телемедицины в отличие от стандартной системы медицинского обслуживания возможно, используя следующие показатели:

- рентабельность – комплексная оценка экономико-качественно-количественной эффективности (отношение общей выручки к прибыли);
- оценка и сравнение очной формы медицинского обслуживания и телемедицинской;
- выявление себестоимости телемедицинской помощи и сопоставление ее с похожей обычной медицинской процедурой;
- целесообразность – комплексная оценка экономико-качественной эффективности.

Рассчитаем экономический эффект от использования телемедицины в портфеле добровольного медицинского страхования при организации и предоставлении страхового возмещения в натуральном выражении, используя формулу, предложенную Владзимирским А.В. в соавторстве с Камаевым И.А.

Страховая организация *N* приобрела IT-платформу стоимостью в 30 млн рублей для оказания медицинской помощи с применением телемедицинской технологии. Организация *N* заключила договор с партнерским лечебно-профилактическим учреждением на условиях оплаты страховщиком дежурства врачей, участвующих в данном проекте, по тарифу 400 рублей за каждый отработанный час (вне зависимости от количества проведенных видеоконсультаций). В том числе с этой клиникой была достигнута договоренность о том, что врачи будут оказывать данную медицинскую помощь со своего рабочего компьютера (таким образом, расходы на покупку оборудования и его последующую амортизацию и эксплуатацию не учитываются). Также страховщик потратил дополнительные 400 тыс. рублей на аквизиционные расходы для того, чтобы информировать

своих застрахованных о новой услуге. Для реализации и поддержания данного проекта был нанят менеджер с окладом в 100 000 рублей ежемесячно. Вспомогательные службы (контакт-центр, инженерное обеспечение и т.п.) для действия данного проекта были взяты из уже имеющихся у страховщика, в связи с этим расходы на них не будут учитываться в данной модели. Таким образом, расходы на данный проект составили:

30 400 000 рублей – единовременные расходы (IT-платформа + аквизиционные расходы);

$400 * 744 / 0,87 * 130,2\% = 445\,373$ рублей (ежемесячная заработная плата врачей, включая НДФЛ и ЕСН);

$100\,000 / 0,87 * 130,2\% = 149\,655$ рублей (ежемесячная зарплата менеджера, включая НДФЛ и ЕСН);

$445\,373 + 149\,655 = 595\,028$ рублей – итого постоянные расходы на заработную плату.

За первый год было застраховано 300 000 человек, из них 10% (30 000 человек) был продан полис с возможностью воспользоваться медицинской помощью с применением телемедицинских технологий. Общие сборы составили 7 млрд рублей, а выплаты по страховым случаям составили 5,74 млрд рублей (82%). В результате было оказано 2579 видеоконсультаций, из них по 1328 (51%) случаям клиенты страховой организации *N* в дальнейшем не обращались по данным заболеваниям за очной медицинской помощью. Таким образом, имплементация телемедицины в договоры добровольного медицинского страхования способствовала снижению расходов страховщика на сумму более $1328 * 2500 = 3\,320\,000$ рублей. Итого страховая организация *N* получила следующий финансовый результат по данному проекту:

$3\,320\,000 - (595\,028 * 12 + 30\,400\,000) = -34\,220\,336$ рублей.

На следующий год страховщик *N* бесплатно предоставил всем своим застрахованным лицам по добровольному медицинскому страхованию программу «Телемедицина». За следующий отчетный период количество застрахованных с телемедициной достигнет 350 000 клиентов. При этом

страховая организация *N* произвела изменения в различных бизнес-процессах компании, начиная с работы контакт-центра, а также дополнительно потратила на аквизиционные расходы 20 млн рублей и увеличила штат врачей, оказывающих телемедицинские услуги, в пять раз. Процент обратившихся за телемедицинскими услугами составил 30% (примерно 105 000), из них в дальнейшем в лечебно-профилактическое учреждение очно не обратились 60% (примерно 63 000), что снизило выплаты в медицинские учреждения по обслуживанию застрахованных более чем на 157,5 млн рублей. Таким образом, экономический эффект за два года использования телемедицины в договорах добровольного медицинского страхования составил:

$157500000 - (34220336 + 20000000 + 595028 * 12 * 5) = 67577984$ рублей – выгода страховой организации *N*. Если рассматривать полученный экономический эффект в тех же процентных пропорциях с выплатами в прошлом году, то получится, что страховщик снизил свои выплаты по страховым случаям на 1,17%.

Базируясь на произведенных расчетах, можно утверждать, что интеграция телемедицинских технологий в процесс предоставления медицинских услуг по контрактам ДМС действительно снижает убыточность страхового портфеля. Также в рассмотренном теоретическом примере страховщик интегрировал телемедицинские технологии в качестве «пилотного» проекта, при этом не реорганизовал сопутствующие службы. В случае полного выполнения методических рекомендаций, предложенных в данной главе по имплементации телемедицины в процесс обслуживания договоров страхования, страховая организация *N* снизила бы уровень выплат не на 1,17%, а на 5–7%.

В апреле 2018 года САО «РЕСО-Гарантия» стало организовывать медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий на своей собственной технологической платформе, без привлечения дополнительных провайдеров (до этого в качестве партнера, предоставляющего

телемедицинскую платформу, была испанская организация Sphera Global Health Care). С апреля 2018 года по 31.12.2019 (21 месяц) было застраховано более 1,06 млн человек, у которых в страховой программе добровольного медицинского страхования присутствовала телемедицина, суммарная страховая премия по этим договорам составила 16 759 тыс. рублей. Из 1,06 миллиона человек 30 946 приобрели данный полис самостоятельно (не от работодателя), страховая премия по этим полисам составила 55 719 253 рублей. В связи с тем, что разработка технологической телемедицинской IT-платформы была осуществлена штатными специалистами РЕСО, без привлечения сторонних ресурсов, то затраты на создание и технологическую поддержку системы принимаются за 0 рублей. Затраты на консультации врачей и приобретение дополнительного оборудования за 21 месяц составили 13 796 423 рублей. Таким образом, только на розничных продажах данного продукта технический результат страховщика составил $55\,719\,253 - 13\,796\,423 = 41\,922\,830$ рублей.

Помимо этого, из 1,06 млн застрахованных воспользовались медицинской помощью 2433 человека, из которых 709 (29,17%) в дальнейшем не обращались к врачам за очной консультацией или прохождением различных лабораторных исследований или медицинских манипуляций. По подсчетам актуариев страховщика, исходя из заболеваний, с которыми обращались застрахованные по телемедицине, экономия за счет снижения убыточности договоров составила приблизительно 1,5–2 млн рублей, что составляет почти 25% от размера выплат по аналогичным случаям, но где застрахованные не пользовались телемедициной. Таким образом, за счет создания новых страховых продуктов, использующих телемедицинские технологии, страховая организация смогла дополнительно получить примерно 43 млн рублей. Описанный реальный опыт демонстрирует увеличение технического результата РЕСО за счет получения денежных ресурсов от продаж нового страхового продукта, а также за счет снижения уровня убыточности классических программ страхования (амбулаторная

помощь, помощь на дому, стационарная помощь). Полученный результат позволит страховщику высвободить дополнительные средства для инвестиций, тем самым повышая свою конкурентоспособность и привлекательность для инвесторов.

Предложенные в данной главе методы необходимы для увеличения рентабельности страхового портфеля добровольного медицинского страхования через интеграцию телемедицинских технологий в бизнес-процессы страховой организации, дополнительно позволят страховщикам заметно снизить существующую антиселекцию, мошенничество застрахованных при сообщении своих медицинских данных страховой организации для расчета страховой премии; улучшить качество андеррайтинга за счет увеличения точности определения степени вероятности риска наступления страхового случая; создать новые страховые продукты (и/или изменить старые), предлагающие застрахованным получение медицинской помощи и заполнение медицинской анкеты с применением телемедицинских технологий; повысить привлекательность своих продуктов добровольного медицинского страхования; заключить большее количество страховых контрактов; повысить конкурентоспособность.

Заключение

Ежегодно цифровые технологии все больше входят в жизнь как обычного гражданина, так и в жизнедеятельность организаций. Так, например, для покупки билета на самолет или поезд больше нет необходимости стоять в очередях у кассы перевозчика, теперь это можно сделать с помощью интернета и мобильных приложений. Помимо этого, цифровизация коснулась и сферы финансовых услуг – банковских и страховых организаций. С помощью цифровых технологий эти институты оптимизируют свои бизнес-процессы, снижают издержки и создают новые продукты/услуги. Как банки, так и страховщики активно разрабатывают мобильные приложения, с помощью которых клиенты могут получать их услуги онлайн из любой точки мира, будь то оформление страховки, кредита, открытие счета, урегулирование убытков, запись к врачу и прочее. Начиная с 2015 года цифровые технологии начали активно интегрироваться бизнесом в медицинскую сферу, чем дали развитие телемедицине – отрасли телематики.

Основными направлениями данного научного исследования являются: выявление наиболее перспективных телемедицинских технологий для их последующей интеграции в бизнес-процессы, используемые в страховой отрасли; определение бизнес-процессов, в которых имплементированные телемедицинские технологии принесут наибольшую выгоду как с точки зрения оптимизации и автоматизации данных процессов и применяемых в них процедур, так и в экономическом аспекте; анализ и изучение порядков, норм и процедур, необходимых для соблюдения при внедрении рассматриваемых технологий в те или иные бизнес-процессы страховой организации.

В ходе выполненного научного исследования были сделаны следующие основные выводы:

– установлено, что за последние годы у ряда лидеров российского страхового рынка наблюдается увеличение коэффициента выплат по

страховым портфелям добровольного медицинского страхования. Основными причинами данного явления являются:

1) увеличение числа заключаемых страховых договоров и застрахованных, принимаемых на добровольное медицинское страхование, в связи с чем андеррайтерам страховых организаций не хватает ресурсов для проведения полноценного качественного индивидуального андеррайтинга каждого договора;

2) в рамках конкурентной борьбы страховщики зачастую вынуждены значительно снижать стоимость страховой премии с целью заключения корпоративного договора добровольного медицинского страхования.

Эти два фактора указывают на снижение качества андеррайтинга договоров добровольного медицинского страхования. Наиболее рациональным решением данной проблемы является интеграция телемедицинских технологий в процесс андеррайтинга;

– выявлено, что процесс андеррайтинга невозможно оценить через все показатели эффективности, которые можно применить к другим бизнес-процессам. Таким образом, такие параметры процесса, как адаптивность, повторяемость и производительность шагов, нельзя экстраполировать на андеррайтинг. В добровольном медицинском страховании андеррайтинг характеризуют следующие показатели: результативность, продуктивность, безопасность, стоимость затрат на процесс, последовательность действий, сложность входящих данных, количество типовых операций, границы входа и выхода, время выполнения шагов процесса;

– в работе предложена формула (4) определения экономического качества андеррайтинга (показатель результативности, учитывающий величину затрат на выполнение процесса, страховые выплаты и премии, а также частность страховых случаев в среднем на одного застрахованного).

$$\varepsilon Q_a = \frac{\sum \text{СП(факт)} / (\sum \text{ВЫПЛ(факт)} + \sum \text{COSTанд(факт)})}{\sum \text{СП(план)} / (\sum \text{ВЫПЛ(план)} + \sum \text{COSTанд(план)})} + \frac{\sum \text{страх.случаев(факт)} / \sum \text{застрахованных(факт)}}{\sum \text{страх.случаев(план)} / \sum \text{застрахованных(план)}}. \quad (4)$$

где $\sum \text{ВЫПЛ(факт)}$ – сумма фактически произведенных страховых выплат и соответствующих страховых резервов в отчетном периоде;

$\sum \text{ВЫПЛ(план)}$ – сумма планируемых страховых выплат и соответствующих страховых резервов в отчетном периоде;

$\sum \text{COSTанд(факт)}$ – фактическая сумма всех затрат на андеррайтинг по данному виду страхования;

$\sum \text{COSTанд(план)}$ – планируемая сумма всех затрат на андеррайтинг по данному виду страхования;

$\sum \text{СП(факт)}$ – фактическая сумма собранной страховой премии, в том числе дебиторская задолженность по страховой премии, относящейся к договорам страхования, заключенных в отчетном периоде;

$\sum \text{СП(план)}$ – планируемая сумма собранной страховой премии, в том числе дебиторская задолженность по страховой премии, относящейся к договорам страхования, заключенных в отчетном периоде;

$\sum \text{страх. случаев(факт)}$ – планируемая сумма произошедших страховых случаев к окончанию действия договоров страхования, заключенных в рассматриваемом периоде;

$\sum \text{застрахованных(план)}$ – планируемое количество застрахованных лиц по договорам страхования, заключенных в рассматриваемом периоде.

По предложенной формуле экономическая эффективность андеррайтинга определяется через сумму отношений:

1) отношение сумм фактических выплат (включающих сумму произведенных страховых выплат и резерв заявленных, но неурегулированных убытков) и фактических затрат на андеррайтинг к сумме фактической собранной страховой премии, деленные на аналогичные плановые показатели. Данное отношение является основным во всем уравнении и показывает финансовую составляющую эффективности андеррайтинга;

2) отношение суммы фактически произошедших страховых случаев за период к сумме количества застрахованных лиц за этот же период, деленные на аналогичные плановые показатели за этот же период. Данное отношение необходимо для определения экономической эффективности андеррайтинга, так как благодаря ему возможно понять, насколько эффективно андеррайтинг принимает на страхование лиц с разными группами рисков. Так, например, если человек находится в группе высокого риска, андеррайтер может присвоить такой поправочный коэффициент к базовому тарифу, что клиент откажется приобретать данный полис по столь завышенной цене;

– в соответствии с предложенной формулой вычисления экономической эффективности андеррайтинга предложена классификация получаемых результатов.

Если результатом одного из отношений уравнения получается число, сильно отличающееся от единицы в большую или меньшую сторону, то похожее, аналогичное отклонение будет и в результате вычислений другого отношения уравнения.

Предлагаемая дельта, в рамках которой результат каждого из отношений уравнения будет отличным от единицы, в пределах нормы составляет 0,15, то есть $0,85 < 1 < 1,15$ – планируемый показатель рассчитан корректно, отклонения вызваны фактическими показателями¹⁾. В зависимости от установленной допустимой дельты, при которой на результат отношения влияют не плановые показатели, а фактические, необходимо классифицировать качество андеррайтинга для результатов каждого основного отношения в интервале от 0,85 до 1,15:

- отличный $0,85 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 0,89$;
- выше нормы $0,9 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 0,94$;
- удовлетворительный $0,95 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,05$;
- ниже нормы $1,06 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,09$;

¹⁾ Предлагаемое значение дельты основано на личном, практическом опыте автора.

- неприемлемый $1,10 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,15$.

В корреляции от итогового значения категории, отображающие степень экономической качественности андеррайтинга (когда на результат влияет именно андеррайтинг, а не завышенные или заниженные плановые показатели), будут выглядеть следующим образом:

- – отличный $1,70 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,79$;
- – выше нормы $1,80 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 1,89$;
- – удовлетворительный $1,90 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,11$;
- – ниже нормы $2,12 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,19$;
- – неприемлемый $2,20 \leq \mathcal{E}Q_a \leq 2,30$.

При этом, ввиду того что плановые показатели являются коммерческой тайной почти любой страховой организации, всем остальным пользователям, не имеющим доступа к соответствующей внутренней отчетности страховщика, предложено оценивать экономическую эффективность андеррайтинга, проводимого в добровольном медицинском страховании, через уровень выплат. Также в работе приведена и соответствующая классификация в зависимости от получаемых значений:

– в работе установлено, что качество андеррайтинга возможно полноценно оценить, используя только часть параметров, присущих андеррайтингу как бизнес-процессу:

1) результативность андеррайтинга (главный параметр) – в какой мере верно в процессе выполнения андеррайтинга была определена степень вероятности риска наступления страхового случая, а также насколько корректно был выставлен поправочный коэффициент к страховой нетто-премии. Выражается через формулу экономической качественности андеррайтинга;

2) продуктивность андеррайтинга – показатель выполнения полного цикла процесса за единицу времени. Определяется временем исполнения процедур, осуществляемых при проведении андеррайтинга, а также

количеством однотипных договоров, по которым производится андеррайтинг, за определенный промежуток времени;

3) безопасность андеррайтинга целесообразно оценивать через степень защищенности информационной системы страховщика¹⁾, которая в свою очередь характеризуется:

а) надежностью системы разграничения доступа к участию редактирования тех или иных процедур андеррайтинга лицами, чьи функциональные, рабочие обязанности этого не предполагают;

б) матрицей внутренних «Соглашений об уровне услуг SLA», предполагающей введение уровней компетенций пользователей в зависимости от сложности и нюансов аспектов андеррайтинга объекта, рассматриваемого на страхование [28];

– в работе предложено определение качества андеррайтинга в добровольном медицинском страховании – это итоговая, суммарная количественная оценка совокупности характеристик, определяющих параметры проводимого андеррайтинга и состоящих из продуктивности, безопасности и результативности данного процесса, где результативность рассчитывается по формуле экономической качественности андеррайтинга;

– предложено измерение качества андеррайтинга по следующей формуле (5) и дальнейшая классификация полученных значений

$$Q_a = \varepsilon Q_a + ПДТ_a + БПТ_a, \quad (5)$$

где Q_a – качественность андеррайтинга;

ПДТ_a – продуктивность выполнения процедуры андеррайтинга;

БПТ_a – безопасность процесса андеррайтинга.

– в работе выявлено, что в 2016–2019 годах произошел стремительный рост популяризации телемедицинских услуг на территории Российской Федерации за счет того, что ряд крупных игроков российского рынка (в их числе страховые организации, операторы сотовой связи, лечебно-

¹⁾ Выражается в единицах времени, которые необходимо затратить на «взлом» информационной системы.

профилактические учреждения, интернет-провайдеры и другие) стал продавать населению страны эти услуги;

– в диссертации выявлено, что все российские страховые организации, использующие телемедицинские технологии в своих программах ДМС, интегрировали их только в процесс обслуживания застрахованных при наступлении страхового случая, за исключением ООО СК «Сбербанк страхование жизни», которое использует данные технологии в процессе андеррайтинга;

– доказано, что наиболее перспективными телемедицинскими технологиями, использование которых поможет страховщикам в повышении качества андеррайтинга контрактов добровольного медицинского страхования, являются телемедицинские консультации, мобильный биомониторинг и Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения;

– в работе доказано, что имплементация в ДМС телемедицинских консультаций в режиме онлайн может повысить качество проводимого андеррайтинга за счет более точного определения степени вероятности риска наступления страхового события;

– в научном исследовании установлено, что применение телемедицинских консультаций в андеррайтинге дает следующие преимущества как страховщику, так и застрахованному:

1) страховщику: за счет более точного определения вероятности риска наступления того или иного страхового события можно более четко определить поправочные коэффициенты к заключаемому контракту, тем самым снизить либо убыточность страхового портфеля, либо тарифы для заключения большего количества страховых договоров, а также попытаться предотвратить мошенничество;

2) застрахованному: возможность приобрести добровольное медицинское страхование по более низким ценам, получить консультацию у

врача-терапевта, узнать о своих заболеваниях на ранних стадиях (при использовании дистанционного биомониторинга);

– в диссертации выявлено и доказано, что использование телемедицинских технологий может также способствовать повышению рентабельности страхового портфеля при интеграции телемедицинских технологий в процесс оказания медицинской помощи застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования за счет снижения уровня выплат на 5–7%;

– в работе сделаны выводы, что использование телемедицинских технологий в процесс медицинского обслуживания застрахованных при наступлении страховых событий решает сразу несколько проблем для всех участников данного процесса:

1) государство - рост общего уровня здравоохранения в стране за счет:

- a) повышения доступности медицинской помощи;
- b) появления возможности получить консультацию высококвалифицированного врача из любого места, находясь в любой точке мира;
- c) увеличения эффективности проводимых медицинских профилактических мероприятий;
- d) снижения стоимости платных медицинских услуг;

2) лечебно-профилактическое учреждение:

- a) снижение нагрузки врачей, осуществляющих очный прием пациентов и оказывающих помощь на дому;
- b) сокращение затрат, расходуемых на содержание регистратуры клиники;
- c) уменьшение затрат на горюче-смазочные материалы, расходуемые на поддержание службы врачей, оказывающих медицинскую помощь на дому;

d) увеличение количества пациентов (клиентов) за счет привлечения их с помощью телемедицинских технологий и дальнейшее направление этих пациентов на лечение в данном лечебно-профилактическом учреждении;

3) гражданин (застрахованный):

a) снижение расходов на получение медицинской помощи;

b) экономия времени при получении медицинской помощи;

c) возможность иметь постоянный врачебный надзор за состоянием своего здоровья (особенно это актуально для людей, имеющих серьезные хронические заболевания и проходящих реабилитационное лечение);

4) страховщик:

a) повышение качества медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам;

b) улучшение качества проводимого андеррайтинга перед заключением договоров страхования;

c) снижение уровня убыточности страхового портфеля добровольного медицинского страхования;

d) повышение сбалансированности страхового портфеля в целом;

e) улучшение имиджа организации;

f) повышение конкурентоспособности;

– в работе выявлены необходимые мероприятия, которые должен выполнить страховщик для того, чтобы интегрировать телемедицинские технологии в процесс андеррайтинга, а также в процесс обслуживания застрахованных при наступлении страхового события;

– в научном исследовании сформирован алгоритм проведения андеррайтинга в случае интеграции в него телемедицинских технологий;

– в научном исследовании сформирован алгоритм обслуживания застрахованных при наступлении страхового случая с использованием телемедицинских технологий.

– в работе для страховых организаций предложены методы по противодействию оппортунистическому поведению работников/владельцев лечебно-профилактических учреждений при работе с ними в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования.

Список литературы

Нормативные правовые акты

1. Российская Федерация. Законы. Об организации страхового дела в Российской Федерации: федеральный закон [принят Государственной Думой 27 ноября 1992 года № 4015-1-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1307/ (дата обращения: 22.04.2018).

2. Российская Федерация. Законы. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: федеральный закон [принят Государственной Думой 28 июня 1991 года № 1499-1-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (дата обращения: 22.04.2018).

3. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон [принят Государственной Думой 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 22.04.2018).

4. Российская Федерация. Законы. О персональных данных: федеральный закон: [принят Государственной Думой 27 июля 2006 года № 152-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/ (дата обращения: 22.04.2018).

5. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в Федеральный закон «О противодействии терроризму» и отдельные

законодательные акты Российской Федерации в части установления дополнительных мер противодействия терроризму и обеспечения общественной безопасности: федеральный закон [принят Государственной Думой 06 июля 2016 года № 374-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_201078/ (дата обращения: 22.04.2018).

6. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья: федеральный закон: [принят Государственной Думой 29 июля 2017 года № 242-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_221184/ (дата обращения: 22.04.2018).

7. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: федеральный закон: [принят Государственной Думой 01 мая 2017 года № 86-ФЗ]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_21066/ (дата обращения: 22.04.2018).

8. Российская Федерация. Законы. Гражданский кодекс Российской Федерации: федеральный закон: Часть вторая: [принят Государственной Думой 30 ноября 1994 года]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения: 19.07.2018).

9. Российская Федерация. Законы. Налоговый кодекс Российской Федерации: федеральный закон: Часть вторая: [принят Государственной Думой 31 июля 1998 года]. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19671/ (дата обращения: 19.07.2018).

10. Российская Федерация. Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 10 мая 2011 года № 03-03-06/1/284. Об учете в целях налогообложения прибыли расходов на добровольное медицинское страхование. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12085724//> (дата обращения: 19.07.2018).

11. Российская Федерация. Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 07 июня 2011 года № 03-03-06/1/327. Об учете в целях налогообложения прибыли сумм страховых взносов по договорам добровольного медицинского страхования, досрочно расторгнутым. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12086769/> (дата обращения: 19.07.2018).

12. Российская Федерация. Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 16 ноября 2010 года № 03-03-06/1/731. Об учете в целях налогообложения прибыли расходов в виде взносов по дополнительным соглашениям к договорам добровольного медстрахования работников. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12080441/> (дата обращения: 19.07.2018).

13. Российская Федерация. Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 29 января 2010 года № 03-03-06/2/11. Об учете в целях налогообложения прибыли расходов в виде резервов на возможные потери по ссудам и взносов по добровольному медицинскому страхованию. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12080441/> (дата обращения: 19.07.2018).

14. Российская Федерация. Письмо федеральной налоговой службы России от 03 июля 2012 года № ЕД-4-3/10859. О взносах работодателей, уплаченных по договорам добровольного медицинского страхования. – Справочно-поисковая система «КонсультантПлюс». – Текст : электронный. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132162/ (дата обращения: 19.07.2018).

15. Постановление Правительства Российской Федерации от 01 ноября 2012 года № 1119. Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных. Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/70252506/> (дата обращения: 19.07.2018).

16. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2018 года № 447. Об утверждении Правил взаимодействия иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/71923482/> (дата обращения: 19.07.2018).

17. Постановление Правительства Российской Федерации от 05 мая 2018 года № 555. О единой государственной информационной системе

в сфере здравоохранения. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837270/> (дата обращения: 19.07.2018).

18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1177н. Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/70407654/> (дата обращения: 19.07.2018).

19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 года № 1195н. Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/70647156/> (дата обращения: 19.07.2018).

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 года № 965н. Об утверждении порядка организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. – Информационно-правовой портал «Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71751294/> (дата обращения: 19.07.2018).

21. Приказ Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 18 декабря 2013 года № 21. Об утверждении состава и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных. – Информационно-правовой портал

«Гарант.ру». – Текст : электронный. – URL: <https://base.garant.ru/70380924/>
(дата обращения: 19.07.2018).

Книги, депонированные научные работы, диссертации, статьи

22. Ахвледиани, Ю.Т. Рынок страховых услуг: современные тенденции и перспективы развития : монография / Ю.Т. Ахвледиани. – Москва : РУСАЙНС, 2017. – 236 с. – 200 экз. – ISBN 978-5-4365-1729-2.

23. Архипов, А.П. О страховом андеррайтинге / А.П. Архипов, Е.И. Дьяков // Финансы. – 2005. – № 8. – С. 51–56. – ISSN 0869-446X.

24. Архипов, А.П. Страховой андеррайтинг: учебник и практикум / А. П. Архипов. — 2-е издание, переработанное и дополненное. — Москва : Издательство Юрайт, 2015. — 359 с. — (Серия : Бакалавр. Академический курс). – ISBN 978-5-9916-3583-7.

25. Болдырев, Б.М. Влияние пандемии короновирусной инфекции на страховой рынок. Телемедицинский расцвет / Б.М. Болдырев // Страховое дело. – 2021. – № 03 (336). – С. 3–8. – ISSN 0869-7574.

26. Болдырев, Б.М. Качество страхового андеррайтинга – что это? / Б.М. Болдырев // Экономика и предпринимательство. – 2017. – № 12 (часть 4) (89-4). – С. 672–677. – ISSN 1999-2300.

27. Болдырев, Б.М. Опыт оптимизации деятельности операционного блока в страховой организации / Б.М. Болдырев, П.М. Гуреев // Вестник Университета. – 2014. – № 15. – С. 22–24. – ISSN 1816-4277.

28. Болдырев, Б.М. Особенности пенсионного страхования в РФ, мораторий на взносы накопительной части пенсии / Б.М. Болдырев // Universum экономика и юриспруденция. – 2016. – № 11 (32). – С. 9–13. – ISSN 2500-3992.

29. Болдырев, Б.М. Повышение качества андеррайтинга в страховании «выезжающих за рубеж» с применением телемедицины / Б.М. Болдырев // Корпоративная экономика. – 2018. – № 1 (13). – С. 36–42. – ISSN 2413-0176.

30. Болдырев, Б.М. Повышение качества андеррайтинга в удовлетворении страховых интересов выезжающих за рубеж / Б.М. Болдырев // Сборник научных статей по результатам III Международного конгресса молодых ученых по проблемам устойчивого развития. В 10 томах. – Москва : РУСАЙНС, 2017. – С. 62–68. – ISBN 978-5-4365-2420-7.

31. Болдырев, Б.М. Повышение качества андеррайтинга ДМС с применением телемедицинских технологий / Б.М. Болдырев // Экономика и предпринимательство. – 2017. – № 12-4 (89). – С. 1100–1103. – ISSN 1999-2300.

32. Болдырев, Б.М. Пути развития бизнес-процессов страховой организации в условиях экономической стабильности и в условиях экономического кризиса / Б.М. Болдырев : сборник материалов международной научной конференции, Россия, г. Москва, 27–28 февраля 2015 г. – С. 60–66. – ISBN 978-5-00090-061-1.

33. Болдырев, Б.М. Телемедицина в страховании / Б.М. Болдырев // Страховое дело. – 2017. – № 06 (291). – С. 35–45. – ISSN 0869-7574.

34. Болдырев, Б.М. Теория и практика цифровизации страхового рынка в Российской Федерации (Глава 4.2. Практика цифровизации добровольного медицинского страхования) : монография / Б.М. Болдырев, Р.С. Азимов, С.В. Бровчак [и др.]; под редакцией Д.В. Брызгалова, А.А. Цыганова. – Москва : Прометей, 2021. – 378 с. – С. 123–150. – 200 экз. – ISBN 978-5-00172-101-7.

35. Болдырев, М.М. Повышение конкурентоспособности страховых организаций на основе централизованных бизнес-процессов

/ М.М. Болдырев, А.В. Дьячкова, А.А. Цыганов. – Москва : РУСАЙНС, 2015. – 131 с. – ISBN 978-5-4365-0171-0.

36. Брызгалов, Д.В. Основные направления развития страховых отношений в системе ОМС / Д.В. Брызгалов // Страховое дело. – 2020. – № 04 (325). – С. 30–37. – ISSN 0869-7574.

37. Брызгалов, Д.В. Перспективы цифровизации страхового дела в России / Д.В. Брызгалов, Ю.В. Грызенкова, А.А. Цыганов // Финансовый журнал. – 2020. – № 3. – С. 76–90. – ISSN 2075-1990.

38. Брызгалов, Д.В. Цифровизация андеррайтинга на российском страховом рынке / Д.В. Брызгалов // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика. – 2020. – № 2. – С. 90–102. – ISSN 2071-6435.

39. Брызгалов, Д.В. Цифровизация конкуренция на страховом рынке / Д.В. Брызгалов // Экономика. Налоги. Право. – 2018. – № 2. – С. 121–128. – ISSN 1999-849X.

40. Брызгалов, Д.В. Цифровизация программ корпоративного добровольного медицинского страхования / Д.В. Брызгалов // Корпоративная экономика. – 2018. – № 2. – С. 25–33. – ISSN 2413-0176.

41. Брызгалов, Д.В. Цифровизация страхового рынка: задачи, проблемы и перспективы / Д.В. Брызгалов, А.А. Цыганов // Экономика и управление. – 2018. – № 2. – С. 113-117. – ISSN 1999-849X.

42. Буковцева, Л.В. Интегрированная оценка финансовой устойчивости страховой организации : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Буковцева Людмила Владимировна ; Хабаровская государственная академия экономики и права. – Хабаровск, 2010. – 194 с. – Библиогр.: с. 165–172.

43. Вилков, И.М. Методология статистического оценивания нетто-премий и риска в добровольном медицинском страховании : специальность 08.00.12 «Бухгалтерский учет, статистика» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Вилков Игорь Михайлович ;

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова.
– Москва, 2011. – 192 с. - Библиогр.: с. 171–186.

44. Владзимирский, А.В. История телемедицины: люди, факты, технологии / А.В. Владзимирский. – Донецк: ООО «Цифровая типография», 2008. – 82 с. – ISSN 1728-936X.

45. Владзимирский, А.В. Телемедицина : монография / А.В. Владзимирский. – Донецк : ООО «Цифровая типография», 2011. – 427 с. – 200 экз. - ISBN 978-617-579-142

46. Воронин, Ю.В. Российская модель добровольного медицинского страхования и возможности ее модификации : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Воронин Юрий Владимирович ; ВГОУ ВПО Всероссийская налоговая академия Министерства финансов Российской Федерации. – Москва, 2011. – 228 с. - Библиогр.: с. 168–183.

47. Герасимов, П.А. Современные тенденции развития мирового рынка медицинских услуг : специальность 08.00.14 «Мировая экономика» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Герасимов Павел Андреевич ; Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации. – Москва, 2015. – 185 с. - Библиогр.: с. 162-177.

48. Грищенко, Н.Б. Добровольное медицинское страхование основы практики / Н.Б. Грищенко, В.А. Клевно, В.В. Мищенко. – Барнаул : Издательство Алтайского государственного университета, 2001. – 80 с. – ISBN 5–7904–0183–X.

49. Груздова, В.А. Общие подходы к оценке рисков в личном страховании на примере страхования жизни / В.А. Груздова // Известия Пензенского Государственного педагогического университета. – 2010. – № 18 (22). – С. 250–254. – ISSN 1999-7116.

50. Дадалко, В.А. Совершенствование кадрового потенциала предприятий оборонно-промышленного комплекса путем развития добровольного медицинского страхования / В.А. Дадалко, П.П. Топчий, Б.М. Болдырев // Страховое дело. – 2017. – № 12 (297). – С. 26–30. – ISSN 0869-7574.

51. Деминский, С.А. Андеррайтинг в страховании / С.А. Деминский // Финансовый директор. – 2006. – № 8. – С. 4–6. – ISSN 1680-1148.

52. Джабраилов, У.А. Организационно-экономические основы повышения конкурентоспособности страховых компаний в современных условия : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами (сфера услуг)» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Джабраилов Умахан Алхасович ; Дагестанский государственный технический университет. – Махачкала, 2011. – 150 с. - Библиогр.: с. 129–141.

53. Джеджелава, Е.И. Особенности экономического анализа инвестиционных проектов в здравоохранении / Е.И. Джеджелава // Здравоохранение. – 2000. – № 10 – С. 39–46. – ISSN 2782-1706.

54. Дорожкин, А.В. Использование цифровых инноваций для развития отечественного страхового рынка / А.В. Дорожкин // Российский-экономический интернет-журнал. – 2020. – № 4. – С. 1–16. – ISSN 2218-5402.

55. Дюжиков, Е.Ф. Оценка финансового состояния страховщиков / Е.Ф. Дюжиков, Ю.А. Сплетуков // Финансы. – 1995.– № 11. – С. 35–38; № 12. – С. 31–33. – ISSN 0869-446X.

56. Дюжиков, Е.Ф. Перспективы развития личного страхования в России / Е.Ф. Дюжиков // Финансово-экономический вестник нефтяной и газовой промышленности. – 2001. – № 27. – С. 5–11. – ISSN 0869-446X.

57. Дюжиков, Е.Ф. К вопросу о корректировке норм главы 48 «Страхование» Гражданского кодекса РФ / Е.Ф. Дюжиков // Финансы. – 2011. – № 6. – С. 37–41. – ISSN 0869-446X.

58. Ефимов, С.Л. Экономика и страхование : энциклопедический словарь / С.Л. Ефимов. – Москва : Церих-ПЭЛ, 1996. – 528 с. – ISBN 5-87811-016-4.

59. Жук, И.Н. Совершенствование управления развитием страховой организации : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Жук Игорь Николаевич ; Российская академия предпринимательства. – Москва, 2004. – 217 с. - Библиогр.: с. 203-211.

60. Зотова, О.Ф. Система аналитической поддержки деятельности компании добровольного медицинского страхования : специальность 05.13.10 «Управление в социальных и экономических системах» : диссертация на соискание ученой степени кандидата технических наук / Зотова Ольга Федоровна ; Уфимский государственный авиационный технический университет. – Уфа, 2005. – 161 с. - Библиогр.: с. 135–141.

61. Камаев, И.А. Телемедицина: клинические, организационные, правовые, технологические, экономические аспекты / И.А. Камаев, В.М. Леванов, Д.В. Сергеев. – Нижний Новгород : Издательство НГМА, 2001. – 100 с. – ISBN 5-7032-0398-8.

62. Кириллова, Н.В. Методики оценки и снижения рисков в корпоративном страховании / Н.В. Кириллова // Финансовый менеджмент в страховой организации. – 2007. – № 3. – С. 50–61.

63. Кириллова, Н.В. Механизм формирования корпоративной защиты крупных промышленных предприятий / Н.В. Кириллова // Вестник башкирского университета – 2007. – № 2. Том 12. – С. 29–32. – ISSN 1998-4812.

64. Кириллова, Н.В. Определение страхового покрытия в корпоративном страховании (на примере черной металлургии)

/ Н.В. Кириллова // Страхование дело. – 2007. – № 50 – С. 25–29.
– ISSN 0869-7574.

65. Кириллова, Н.В. Принципы МАСН в России
/ Н.В. Кириллова // Страхование дело. – 2012. – № 3. – С. 3–6.
– ISSN 0869-7574.

66. Кириллова, Н.В. Страхование в системе управления рисками /
Н.В. Кириллова : материалы международной научно-практической
конференции «Устойчивое развитие: общество и экономика». – 2014.
– 313 с. – ISBN 978-5-4469-0258-3.

67. Кириллова, Н.В. Страхование как механизм обеспечения
корпоративных интересов промышленного предприятия
/ Н.В. Кириллова // Страхование дело. – 2006. – № 11. – С. 54–58.
– ISSN 0869-7574.

68. Кириллова, Н.В. Страхование безопасности / Н.В. Кириллова
// Страхование дело. – 2013. – № 8. – С. 49–54. – ISSN 0869-7574.

69. Кириллова, Н.В. Формирование страховой защиты
промышленных предприятий / Н.В. Кириллова, М.Н. Бахчиева
// Русский полис. – 2004. – № 3. – С. 1–11. – ISSN отсутствует.

70. Кириллова, Н.В. Финансовая устойчивость и банкротство
российских страховых организаций : специальность 08.00.10 «Финансы,
денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени
кандидата экономических наук
/ Кириллова Надежда Викторовна ; Финансовая академия при Правительстве
РФ. – Москва, 2002. – 211 с. - Библиогр.: с. 168–174.

71. Кириллова, Н.В. Финансовая устойчивость и несостоятельность
страховых компаний / Н.В. Кириллова // Страхование дело. – 2001. – № 5.
– С. 17–21. – ISSN 0869-7574.

72. Кириллова, Н.В. Корпоративная страховая защита промышленных
предприятий / Н.В. Кириллова, З.Г. Ярмухаметов
// Вестник БашГУ. – 2007. – № 1. – С. 78–82. – ISSN отсутствует.

73. Кузнецова, Т.Е. Система андеррайтинга в современных условиях страхового рынка России / Т.Е. Кузнецова // Вестник Волжского университета имени В.Н. Татищева. – 2016. – № 2 (2). – С. 55–60. – ISSN 2076-7919.

74. Ковтун, В.В. Андеррайтинг в страховании / В.В. Ковтун, А.С. Петренко : сборник статей по материалам VII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы экономических наук и современного менеджмента». – 2018. – № 3 (6). С. 5–8. – ISSN 2587-9219.

75. Левант, Н.Б. Медицинский андеррайтинг для программ страхования заемщиков потребительских и ипотечных кредитов / Н.Б. Левант // Современные страховые технологии. – 2011. – № 5. – С. 65–72. – ISSN отсутствует.

76. Логвинова, И.Л. Добровольное медицинское страхование и финансирование отечественной системы здравоохранения / И.Л. Логвинова // Страховое дело. – 2011. – № 9 (224). – С. 35–41. – ISSN 0869-7574.

77. Логвинова, И.Л. Использование принципов взаимного страхования в условиях цифровой экономики / И.Л. Логвинова / Взгляд поколения XXI века на будущее цифровой экономики : сборник статей преподавателей IX Международной научно-практической конференции «Современная экономика: концепции и модели инновационного развития». – 2018. – С. 285–290. – ISBN 978-5-7307-1364-2.

78. Логвинова, И.Л. Личное взаимное страхование / И.Л. Логвинова // Страховое дело. – 2009. – № 7 (198). – С. 27–35. – ISSN 0869-7574.

79. Лукьянцева, Д.В. Финансирование систем здравоохранения: международный опыт / Д.В. Лукьянцева, А.П. Татаринев, Л.С. Мельникова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – № 2. – С. 20–29. – ISSN 2219-0678.

80. Меркулова, В.В. Формирование организационно-экономического механизма управления качеством страховых услуг : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами (сфера услуг)» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Меркулова Виктория Валентиновна ; Санкт-Петербургский государственный университет кино и телевидения. – Санкт-Петербург, 2011. – 160 с. - Библиогр.: с. 137–151.

81. Мкртычев, С.В. Автоматизированное управление андеррайтингом в имущественном страховании / С.В. Мкртычев, А.В. Очеповский, О.А. Еник // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 5. – С. 521–525. – ISSN 1812-7339.

82. Мозалев, А.В. Добровольное медицинское страхование: особенности и направления развития в Российской Федерации : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Мозалев Александр Владиленович ; Московский финансово-промышленный университет «Синергия». – Москва, 2012. – 160 с. - Библиогр.: с. 148–159.

83. Морозов, М.М. Тарификация и андеррайтинг в добровольном медицинском страховании / М.М. Морозов // Вестник Российского нового университета. – 2015. – № 8. – С. 117–120. – ISSN 2414-9276.

84. Морозов, М.М. Особенности деятельности страховщика на российском рынке страхования в сегменте добровольного медицинского страхования : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Морозов Михаил Михайлович ; Московская финансово-промышленная академия. – Москва, 2010. – 141 с. - Библиогр.: с. 130–137.

85. Никулина, Н.Н. Основы формирования и анализа страхового портфеля / Н.Н. Никулина, С.В. Березина // Страховые организации:

бухгалтерский учет и налогообложение. – 2010. – № 2. – С. 22–28.
– ISSN отсутствует.

86. Орланюк-Малицкая, Л.А. Конкуренция на страховом рынке в условиях интеграционных процессов. Состояние и перспективы интеграции российского и международного страховых рынков : сборник статей по материалам Международной научно-практической конференции по страхованию / Л.А. Орланюк-Малицкая ; ответственный редактор Е.В. Коломин, И.Б. Котловский, Е.В. Злобин. — Калининград : Издательство РГУ имени И. Канта, 2010. – 153 с.

87. Орланюк-Малицкая, Л.А. Страховые компании в корпоративном секторе экономики / Л.А. Орланюк-Малицкая // Финансы и кредит. – 2004. – № 27. – С. 34–39. – ISSN 2071-4688.

88. Поляков, И.В. Андеррайтинг как форма селекции рисков в добровольном медицинском страховании / И.В. Поляков, А.А. Кудрявцев, Т.М. Зеленская // Бюллетень Санкт-Петербургского института медицинского страхования. – 1996. Том 2. – С. 98–103. – ISSN отсутствует.

89. Попова, Т.И. Особенности андеррайтинга в добровольном медицинском страховании / Т.И. Попова // Страховое дело. – 2010. – № 2. – С. 21–31. – ISSN 0869-7574.

90. Светайло, Р.Е. Место и роль андеррайтинга в системе страхования / Р.Е. Светайло // Управление в страховой компании. – 2009. – № 1. – С. 46–49. – ISSN 2218-5003.

91. Северский, А.В. Значение протоколов ведения больных в судебной практике / А.В. Северский, Е.О. Сергеева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 11. – С. 6–12. – ISSN 1607-2502.

92. Соломатина, А.С. Повышение конкурентоспособности страховой организации на основе применения сбалансированной системы показателей : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» :

диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Соломатина Александра Сергеевна ; Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации. – Москва, 2014. – 180 с. - Библиогр.: с. 144–152.

93. Сплетуков, Ю.А. Страхование / Ю.А. Сплетуков, Е.Ф. Дюжиков. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва : ИНФРА-М, 2010. – 357 с. – ISBN 978-5-16-003575-8.

94. Сплетуков, Ю.А. Направления совершенствования медицинского страхования в стране / Ю.А. Сплетуков // Финансы. – 2011. – № 1. – С. 45–49. – ISSN 0869-446X.

95. Сплетуков, Ю.А. Перспективы добровольного медицинского страхования / Ю.А. Сплетуков // Финансы. – 2004. – № 8. – С. 53–56. – ISSN 0869-446X.

96. Страхование: принципы и практика / Составитель Д. Бланд: переведено с английского – Москва: Финансы и статистика, 1998. – 416 с. – ISBN 1-85369-112-7.

97. Телепин, Я.Е. Банкротство страховых компаний в условиях рыночной экономики : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Телепин Яков Евгеньевич ; Московский государственный университет экономики, статистики и информатики. – Москва, 2003. – 167 с. - Библиогр.: с. 163-167.

98. Топчий, П.П. Телемедицина как способ минимизации затрат на развитие кадрового потенциала в оборонно-промышленном комплексе / П.П. Топчий, Б.М. Болдырев // Страхование. – 2017. – № 08 (293). – С. 53–57. – ISSN 0869-7574.

99. Тулинов, В.В. Терминологический словарь / В.В. Тулинов, В.С. Горин. – Москва : Наука, 2000. – 565 с. – ISBN 5-02008-388-7.

100. Хаммер, М. Реинжиниринг корпорации. Манифест революции в бизнесе / М. Хаммер, Дж. Чампи ; переведено с английского. – Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2006. – 287 с. – ISBN 5-288-01978-9.

101. Хан, Д. Стоимостно-ориентированные концепции контроллинга / Д. Хан, Х. Хунгерберг ; переведено с немецкого – Москва : Финансы и статистика, 2005. – 927 с. – ISBN 5-279-03096-1.

102. Хуторянский, А.С. Формирование профессиональных компетенций работников по управлению рисками в страховых компаниях : специальность 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством: экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами (сфера услуг)» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Хуторянский Алексей Сергеевич ; Государственный университет управления. – Москва, 2009. – 146 с. - Библиогр.: с. 130 – 139.

103. Цыганов, А.А. Развитие страхового посредничества в современной России / А.А. Цыганов // Страховое дело. – 2015. – № 11. – С. 3–10. – ISSN 0869-7574.

104. Цыганов, А.А. Страхование 2.0. / А.А. Цыганов // Современные страховые технологии. – 2016. – № 6. – С. 102–108. - ISSN отсутствует.

105. Цыганов, А.А. Развитие современных технологий страхования / А.А. Цыганов // Организация продаж страховых продуктов. – 2008. – № 1. – С. 101–106. - ISSN отсутствует.

106. Цыганов, А.А. Инновации в организации продаж страховых продуктов / А.А. Цыганов // Организация продаж страховых продуктов. – 2008. – № 5. – С. 22–28. – ISSN отсутствует.

107. Цыганов, А.А. Развитие страхового рынка России в контексте мирового страхового хозяйства / А.А. Цыганов // Страховое дело. – 2006. – С. 17–28. – ISSN 0869-7574.

108. Цыганов, А.А. Эффекты глобализации и интеграционные процессы на страховом рынке России / А.А. Цыганов // Страховое дело. – 2015. – № 7. – С. 37–44. – ISSN 0869-7574.

109. Шарабчиев, Ю.Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т. Шарабчиев, Т.В. Дудина // Медицинские новости. – 2009. – № 12. – С. 1–3. – ISSN отсутствует.

110. Шахов, В.В. Страхование : учебник для вузов / В.В. Шахов. – Москва : Страховой полис; ЮНИТИ, 1997. – 311 с. – ISBN 5-85171-029-2.

111. Шпак, И.А. Тенденции развития рынка медицинского страхования в США : 08.00.14 «Мировая экономика» : диссертация на соискание ученой степени кандидата наук / Шпак Ирина Александровна ; Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации. – Москва, 2019. – 173 с. – Библиогр.: с. 53–72. - Библиогр.: с. 155-168.

112. Щуклинова, М.В. Совершенствование андеррайтинга в страховании / М.В. Щуклинова // Страховое дело. – 2008. – № 5. – С. 48–53. – ISSN 0869-7574.

113. Юлдашев, Р.Т. Андеррайтинг при страховании здоровья : словарь-справочник / Р.Т. Юлдашев. – Москва : Анкил, 2005. – 832 с. – ISBN 0869-7574.

114. Юлдашев, Р.Т. Инвестиционный процесс: проблемы принятия решений / Р.Т. Юлдашев // Управление риском. – 1998. – № 3. – С. 4–6. – ISSN отсутствует.

115. Юлдашев, Р.Т. Развитие риск-менеджмента – важнейший ресурс эффективности российской экономики / Р.Т. Юлдашев // Страховое дело. – 2013. – № 6 (243). – С. 8–19. – ISSN 0869-7574.

116. Юлдашев, Р.Т. Нужен ли риск-менеджмент промышленным предприятиям? / Р.Т. Юлдашев, А.М. Медведева // Страховое дело. – 2011. – № 10. – С. 41–44. – ISSN 0869-7574.

117. Юлдашев, Р.Т. Практика развития страхового бизнеса (пособие для собственников и менеджеров страховых компаний) / Р.Т. Юлдашев, Л.И. Цветкова. – Москва : Анкил, 2011. – 276 с. – ISSN 0869-7574.

118. Юлдашев, Р.Т. Развитие отечественного страхования – важный ресурс процветания регионов России / По материалам IV Международной научно-практической конференции «Экономическая безопасность России: проблемы и перспективы» / Р.Т. Юлдашев. – 2016. – С. 156–159. – ISBN 978-5-9908684-5-8.

119. Юлдашев, Р.Т. Страхование жизни как инструмент повышения качества жизни населения / Р.Т. Юлдашев, Т.Д. Одинокова // Страховое дело. – 2015. – № 10 (271). – С. 9–16. – ISSN 0869-7574.

120. Юргенс, И.Ю. страхование в Российской Федерации : сборник статистических материалов за 2014 год / И.Ю. Юргенс [и др.]. – Москва, 2015. – ISBN 978-5-89589-092-9.

121. Яшина, Н.М. Формирование сбалансированного страхового портфеля : специальность 08.00.10 «Финансы, денежное обращение и кредит» : диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук / Яшина Нина Михайловна ; Саратовский государственный социально-экономический университет. – Саратов, 2003. – 220 с. - Библиогр.: с. 203-213.

Электронные ресурсы

122. Амирова, Э.Ф. Экономические категории качества / Э.Ф. Амирова. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <http://www.agroekonomika.ru/osnovy-obespecheniya-kachestva-8> (дата обращения: 05.06.2017).

123. Архипов, А.П. Организация андеррайтинга в страховой компании / А.П. Архипов // Управление в страховой компании. – 2008. – № 4.

– Текст : электронный. – DOI отсутствует.
– URL: http://www.reglament.net/ins/mng/2008_4_article.htm (дата обращения: 12.05.2018).

124. Архипов, А.П. Роль андеррайтинга в формировании финансового результата страховых операций / А.П. Архипов // Управление в страховой компании. – 2008. – № 2. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.reglament.net/ins/mng/2008_2.htm (дата обращения: 12.05.2018).

125. Бизнес-словарь. – URL: <http://www.businessvoc.ru> (дата обращения: 25.03.2021). – Текст : электронный.

126. Бутырина, В.Н. Особенности осуществления оценки финансового состояния страховой организации / В.Н. Бутырина, О.С. Москаленко // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: mino.esrae.ru/157-569 (дата обращения: 12.05.2018).

127. Вертенов, В.И. Андеррайтинг / В.И. Вертенов – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <http://www.klubok.net/article1948.html> (дата обращения: 23.04.2017).

128. Вестник банка России. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <http://www.cbr.ru/publ/?prtid=vestnik&PageYear=2016> (дата обращения: 28.11.2016).

129. Взаимодействие андеррайтера с другими службами страховщика. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: https://studme.org/1612040621025/strahovoe_delo/vzaimodeystvie_anderraytera_drugimi_sluzhbami_strahovschika (дата обращения: 30.11.2016).

130. Всемирная организация здравоохранения : официальный сайт. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 05.03.2020). – Текст : электронный.

131. Доклад всемирной организации здравоохранения о результатах второго глобального обследования в области электронного здравоохранения.

Серия «Глобальная обсерватория по электронному здравоохранению». Том 2.

– Текст : электронный. – DOI отсутствует.
– URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/4/9789244564141_rus.pdf
(дата обращения: 17.01.2018).

132. Добровольное медицинское страхование в Европе // Всемирная организация здравоохранения. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/359541/VHI_vol_1_RU.pdf
(дата обращения: 12.03.2019).

133. Демография на 1 ноября 2018 года // Федеральная служба государственной статистики. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.gks.ru/bgd/free/b17_00/IssWWW.exe/Stg/dk11/8-0.doc (дата обращения: 12.03.2019).

134. Заболеваемость всего населения России в 2019 году с диагнозом, установленным впервые в жизни. Статистические материалы. – Москва, 2020.
– Текст : электронный. – DOI отсутствует.
– URL: http://miaceao.ru/wp-content/uploads/2020/07/01_Zabolevaemost-vsego-naseleniya-Rossii-v-2019-godu.pdf (дата обращения: 15.02.2020).

135. Законодательная Дума Томской области : сайт.
– URL: <https://www.old.duma.toma.ru/page/2956/> (дата обращения: 18.02.2017).
– Текст : электронный.

136. Индекс здоровья будущего // Phillips. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL:
https://www.philips.ru/aw/aboutphilips/fhi.html?origin=10_global_en_fhi_riaami___q42017-3 (дата обращения: 07.04.2018).

137. Калюков, Е. Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения Bloomberg / Е. Калюков // РосБизнесКон-салтинг.
– Текст: электронный. – DOI отсутствует.
– URL: <https://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f> (дата обращения: 15.10.2016).

138. Квалиметрия – наука о качестве продукции. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL:
https://studbooks.net/1357747/menedzhment/kvalimetriya_nauka_kachestve_produktsii (дата обращения: 05.06.2017).

139. Николенко, Н.П. Андеррайтинг – ключевой бизнес-процесс в страховой компании / Н.П. Николенко // Информационно-аналитический портал «Страхование сегодня». – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL: <http://www.insur-info.ru/comments/366> (дата обращения: 06.12.2016).

140. Обзор ключевых показателей деятельности страховщиков.
– Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL:
https://www.cbr.ru/analytics/insurance/overview_insurers/ (дата обращения: 12.01.2020).

141. ОМС и ДМС – основные отличия // Insure.travel.
– Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL:
<http://www.insure.travel/voluntary/russia/dmsvsoms> (дата обращения: 15.01.2017).

142. ОНФ: мы знаем истинную причину роста смертности в России // Доктор Питер. – Текст : электронный. – DOI отсутствует.
– URL: <http://doctorpiter.ru/articles/12491> (дата обращения: 18.10.2016).

143. Основным сдерживающим фактором развития страхового рынка является качество андеррайтинга. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL: <http://www.infocar.com.ua> (дата обращения: 08.12.2016).

144. Официальный сайт Международной ассоциации органов по надзору за страховщиками (IAIS). – URL: <http://www.iaisweb.org/home> (дата обращения: 05.09.2019). – Текст : электронный.

145. Половина врачей заявляют о нехватке в медучреждениях оборудования // Медвестник. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. –

URL: <https://www.medvestnik.ru/content/news/Polovina-vrachei-zayavlyaut-ohnevatke-v-meduchrejdennyah-oborudovaniya.html> (дата обращения: 11.07.2018).

146. Пульт услышал пульс. Страховые компании оценили телемедицину. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://rg.ru/2018/10/17/strahovye-kompanii-ocenili-telemedicinu.html> (дата обращения: 15.02.2019).

147. Россия стала последней в рейтинге эффективности здравоохранения Bloomberg // РосБизнесКонсалтинг. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://www.rbc.ru/society/29/09/2016/57ecd9499a79476f9328bb8f> (дата обращения: 08.12.2019).

148. Сажин, С.С. Как телемедицина спасет обязательное медицинское страхование / С.С. Сажин, Г. Куликов. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://roem.ru/05-07-2017/253939/inhale-exhale/> (дата обращения: 17.09.2017).

149. САО «РЕСО-Гарантия» : официальный сайт. – URL: <http://www.reso.ru> (дата обращения: 19.02.2020). – Текст : электронный.

150. СК «Независимость» подвела итоги работы страховой телематики. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <http://www.asn-news.ru/news/49755> (дата обращения: 18.01.2018).

151. Словарь страховых терминов. – Текст : электронный. – URL: <http://www.insur-info.ru/dictionary/10098/?let=236> (дата обращения: 22.01.2017).

152. Словарь страховых терминов. – Текст : электронный. – URL: <http://www.lloyds.com> (дата обращения: 22.01.2017).

153. Словарь страховых терминов. – Текст : электронный. – URL: <http://www.insweb.com> (дата обращения: 22.01.2017).

154. Статистические данные к обзору ключевых показателей деятельности страховщиков // Центральный банк Российской Федерации .

– Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: https://www.cbr.ru/insurance/reporting_stat/ (дата обращения: 24.03.2021).

155. Страхование и управление риском. Терминологический словарь
Текст : электронный. – URL: https://insurance_risk_management.academic.ru/91
(дата обращения: 18.01.2017).

156. Тонкая настройка страхования – Текст : электронный. – DOI
отсутствует. – URL: <https://doctor.ru/view/55712/> (дата обращения: 15.04.2021).

157. Умное страхование – важный шаг по противодействию бытовому
страховому мошенничеству. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL: http://www.asn-news.ru/press_release/23223 (дата
обращения: 18.01.2018).

158. Хайдаров, К.А. Телематика / К.А. Хайдаров.
– Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <http://bourabai.ru/telematics/>
(дата обращения: 16.11.2018).

159. Центральный банк Российской Федерации : официальный сайт.
– URL: <http://cbr.ru> (дата обращения: 11.10.2016). – Текст : электронный.

160. Челухина, Н.В. Андеррайтинг в личном страховании (начало) /
Н.В. Челухина // Управление в страховой компании. – 2009.
– № 2. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL:
http://www.reglament.net/ins/mng/2009_3.htm (дата обращения: 08.12.2016).

161. Чумак, Н.М. Медицинский андеррайтинг в России
/ Н.М. Чумак. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL:
<http://www.insur-info.ru/comments/449/> (дата обращения: 23.11.2018).

162. Юргенс, И.Ю. Глобализация и проблема конкурентоспособности
российского перестрахования / И.Ю. Юргенс. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL: <http://www.insur-info.ru/analysis/295/> (дата
обращения: 26.04.2017).

163. Most Efficiency Health Care. – Текст : электронный.
– DOI отсутствует. – URL:

<https://assets.bwbx.io/images/users/iqjWHBFdfxIU/iNK1THx4aD20/v3/-1x-1.png>
(дата обращения: 05.11.2016).

164. The world Factbook; country comparison: death rate // Central intelligence agency. – – Текст : электронный. – DOI отсутствует. - URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2066rank.html> (дата обращения 15.02.2020).

Источники на иностранном языке

165. Adilson Cunha Ferreira Edward O'Mahony, Antonio HélioOliani, Edward AraujoJúnior, and Fabricio da Silva Costa. Teleultrasound: Historical Perspective and Clinical Application = Телеультразвук: Исторические перспективы и клинические приложения / International Journal of Telemedicine and Applications Volume. – 2015 (2015). – 11 p. – Текст : электронный. – DOI: 10.1155/2015/306259. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25810717/> (дата обращения: 24.10.2018).

166. Akshay S. , Home Monitoring Heart Failure Care Does Not Improve Patient Outcomes = Домашний мониторинг лечения сердечной недостаточности не улучшает здоровье пациентов / S. Akshay // American heart association. – Текст : электронный. – DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.031179. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22331920/> (дата обращения: 24.10.2018).

167. Improving Accessto Covered Services for Telemedicine = Повышение качества доступа к покрываемым телемедицинским услугам / American Telemedicine Association/State Telemedicine Toolkit. – 8 p. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://southwesttrc.org/sites/default/files/resources/funding/ata-state-policy-toolkit.pdf> (дата обращения: 05.11.2016).

168. Bennett, M.K. Home monitoring of heart failure patients at risk for hospital readmission using a novel under-the-mattress piezoelectric sensor: A

preliminary single centre experience = Домашний мониторинг пациентов с сердечной недостаточностью, находящихся в группе риска повторной госпитализации. Использование нового пьезоэлектрического датчика, находящегося под матрасом: первый опыт Единого центра / M.K. Bennett, M. Shao, E.Z Gorodeski // J. TelemedTelecare. – 2015. – Dec. 14. – Текст : электронный. – DOI: 10.1177/1357633X15618810. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26670209> (дата обращения: 05.11.2016).

169. Charles, E. Phelps Medical insurance: Risk spreading vs. Moral hazard revisited = Медицинское страхование: страховое покрытие против моральных ценностей / E. Charles / Departments of political science and economics university of Rochester. – 2002. – April. – 22 p. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://urresearch.rochester.edu/institutionalPublicationPublicView.action;jsessionid=885E31B573C3D48B3F81CF0475A2DE80?institutionalItemId=2377> (дата обращения: 05.11.2016).

170. LeRouge, C. Crossing the Telemedicine Chasm: Have the U.S. Barriers to Widespread Adoption of Telemedicine Been Significantly Reduced? = Преодоление телемедицинской пропасти: сильно ли уменьшаться барьеры на пути широкого распространения телемедицины в США? / C. LeRouge, M. J. Garfield // Int J Environ Res Public Health. – 2013. – Dec. 10(12). – 15 p. – Текст : электронный. – DOI: 10.3390/ijerph10126472. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26670209> (дата обращения: 05.11.2016).

171. Cutler, M. David. The anatomy of health insurance = Анатомия медицинского страхования / David M. Cutler, Richard J. Zeckhauser // Harvard university and National Bureau of economic research. – 1999. – June. – DOI: отсутствует. – Текст : электронный. – URL: https://scholar.harvard.edu/files/rzeckhauser/files/anatomy_of_health_insurance.pdf (дата обращения: 05.11.2016).

172. Cheick-Oumar Bagayoko. E-health, another mechanism to recruit and retain healthcare professionals in remote areas = Электронное здравоохранение,

как другой механизм для привлечения и найма медицинских профессионалов в удалённые регионы / Cheick-Oumar Bagayoko, Marie-Pierre Gagnon, Diakaridia Traoré [et al.] // BioMed Central. – 2014. – 24, Dec. – 6 p. – Текст : электронный. – DOI: 10.1186/s12911-014-0120-8. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25539841> (дата обращения: 05.11.2016).

173. Eron, L. Telemedicine: the future of outpatient therapy? = Телемедицина: будущее терапии в амбулаторных условиях? / L. Eron // Clin Infect Dis. – 2010. – Sept. – Текст : электронный. – DOI: 10.1086/653524. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731581> (дата обращения: 05.11.2016).

174. Layton, M. Feasibility and Acceptability of Utilizing a Smartphone Based Application to Monitor Outpatient Discharge Instruction Compliance in Cardiac Disease Patients around Discharge from Hospitalization = Осуществимость и приемлемость использования приложений в смартфонах с целью мониторинга соблюдения инструкций пациентами с сердечными заболеваниями в амбулаторных условиях после их выписки из стационара / M. Layton, James Whitworth, James Peacock [et al.] // International Journal of Telemedicine and Applications. – Vol. 2014 (2014). – 10 p. – Текст : электронный. – DOI 10.1155/2014/415868. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25574165> (дата обращения: 05.11.2016).

175. Ferrer-Roca, O. Handbook of Telemedicine = Справочник по телемедицине / O. Ferrer-Roca, M. Sosa-Iudicissa // IOS Press. – 1998. – 297 p. ISBN 90-5199-413-3.

176. Halje, K. Towards mHealth Systems for Support of Psychotherapeutic Practice: A Qualitative Study of Researcher-Clinician Collaboration in System Design and Evaluation / K. Halje, Toomas Timpka, Joakim Ekberg, [et al.] = На пути к системам мобильного здравоохранения для поддержки психотерапевтической практики: качественное исследование сотрудничества между исследователем и клиницистом в разработке и оценке систем // International Journal of Telemedicine and Applications. – Vol. 2016 (2016). – 7 p.

– Текст : электронный. – DOI: 10.1155/2016/5151793. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27034661> (дата обращения: 05.11.2016).

177. Matusitz, J. Telemedicine: its effects on health communication = Телемедицина: ее влияние на общение в сфере здравоохранения / J. Matusitz, G.M. Breen // Health Commun. – 2007. – 21(1). – P. 73–83. – Текст : электронный. – DOI: 10.1080/10410230701283439. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17461754> (дата обращения: 05.11.2016).

178. Priyanka, Kakria. A Real-Time Health Monitoring System for Remote Cardiac Patients Using Smartphone and Wearable Sensors = Система мониторинга состояния здоровья удалённых кардиологический пациентов в режиме реального времени с использованием смартфонов и переносимых датчиков / Kakria Priyanka, N.K. Tripathi, Peerapong Kitipawang // International Journal of Telemedicine and Applications. – Vol. 2015. (2015). – 11 p. – Текст : электронный. – DOI: 10.1155/2015/373474. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26788055/> (дата обращения: 05.11.2016).

179. Sowmya Aji. ET Bureau. How a telemedicine innovation is preventing blindness in premature babies = Как телемедицинские инновации предотвращают слепоту у недоношенных детей / Aji Sowmya // The economic Times. – 2015. – Dec., 13. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://economictimes.indiatimes.com/industry/healthcare/biotech/healthcare/how-a-telemedicine-innovation-is-preventing-blindness-in-premature-babies/articleshow/50154656.cms> (дата обращения: 05.11.2016).

180. Ladika, S. Tuning in to Telemedicine = Настройка на телемедицину / S. Ladika // MANAGED CARE. – 2015. – July. – ISSN 1062-3388.

181. Saleh, Yousef. Telecardiology Application in Jordan: Its Impact on Diagnosis and Disease Management, Patients' Quality of Life, and Time- and Cost-Savings = Применение телекардиологии в Иордании: ее влияние на диагностику и лечение заболеваний, качество жизни пациентов, а также экономию времени и денежных средств / Yousef Saleh Khader, Mohamad Ismail Jarrah, Abde-Ellah M. Al-Shudifat [et al.] // Int. J. Telemed Appl. – 2014. – Текст

: электронный. – DOI: 10.1155/2014/819837. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25400661> (дата обращения: 05.11.2016).

182. Wants Plane To Change Weather Here = Необходим самолет, чтобы изменить здесь погоду // Greeley Daily Tribune (Greeley, Colorado). – 1970. – Mon, Nov, 16. – P. 47. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: <https://archive.org/details/newyorkdailytrib00gree/mode/2up> (дата обращения: 05.11.2016).

Приложение А
(информационное)

**Характеристики страхового портфеля добровольного медицинского страхования
лидеров российского страхового рынка**

Таблица А.1 – Характеристики страхового портфеля ДМС лидеров российского страхового рынка

В миллиардах рублей

Страховая организация	2015			2016			2017			2018			2019		
	Премии	Выплаты	Скользящий коэффициент выплат, в процентах	Премии	Выплаты	Скользящий коэффициент выплат, в процентах	Премии	Выплаты	Скользящий коэффициент выплат, в процентах	Премии	Выплаты	Скользящий коэффициент выплат, в процентах	Премии	Выплаты	Скользящий коэффициент выплат, в процентах
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
АО «СОГАЗ»	34,92	31,1	89,06	44,32	37,8	85,29	52,85	46,18	87,38	55,2	48,48	87,83	60,24	52,63	87,37
СПАО «РЕСО – Гарантия»	9,59	7,53	78,52	11,67	8,04	68,89	12,62	10,15	80,43	14,31	11,31	79,04	17,55	13,59	77,44
АО «Альфа Страхование»	8,27	6,54	79,08	8,99	6,29	69,97	12,03	8,15	67,75	13,91	10,49	75,41	15,35	11,2	72,96
СПАО «Ингосстрах»	8,07	6,71	83,15	7,73	6,45	83,44	8,51	6,17	72,50	9,37	6,7	71,50	10,89	8,37	76,86
АО СК «Альянс»	7,36	5,39	73,23	9,67	4,55	47,05	6,61	4,56	68,99	7,78	5,14	66,15	8	5,76	72,00
ПАО СК «Росгосстрах»	7,72	4,5	58,29	8,03	4,45	55,42	6,02	4,34	72,09	6,51	3,83	58,83	19,7	6,08	30,86
ООО «Группа Ренессанс страхование»	4,48	2,7	60,27	5,74	3,16	55,05	5,92	3,35	56,59	6,31	4,18	66,24	6,85	4,66	68,03
ООО СК «ВТБ страхование»	4,09	2,03	49,63	4,58	2,61	56,99	5,26	3	57,03	8,51	3,77	44,30	7,32	3,56	48,63
САО «ВСК»	3,17	1,46	46,06	4,3	2,2	51,16	5,26	2,42	46,01	6,46	2,87	44,43	7,18	3,79	52,79
Согласие	2,63	2,09	79,47	2,71	1,91	70,48	2,78	1,71	61,51	2,56	1,75	68,36	3,65	2,8	62,47

Продолжение таблицы А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ЭнергоГарант	2,23	1,51	67,71	2,45	1,83	74,69	2,16	1,55	71,76	2,08	1,49	72,68	1,86	1,45	77,96
МАКС	1,76	1,51	85,80	1,59	1,48	93,08	1,48	1,4	94,59	1,49	1,42	95,95	1,57	1,51	96,18
Метлайф	1,63	1,23	75,46	1,48	1,1	74,32	0,96	0,73	76,04	0,74	0,07	60,81	0,59	0,32	54,24
Всего по рынку	128,95	99,64	77,27	137,81	100,63	73,02	140	105,81	75,58	151,84	111,93	73,72	180,65	126,49	70,02

Источник: составлено автором.

Приложение Б
(информационное)

**Наиболее эффективные системы здравоохранения. Рейтинг агентства Bloomberg
в 2017 году**

Таблица Б.1 – Рейтинг агентства Bloomberg в 2017 году по наиболее эффективным системам здравоохранения разных стран

Место в рейтинге в 2017 году	Место в рейтинге в 2016 году	Страна	Index здравоохранения, Bloomberg	Средняя продолжительность жизни	Доля ВВП на здравоохранение, в процентах	Стоимость медицинских услуг на душу населения в долл. США
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Гонконг	87.3	84.3	5.7	2222
2	2	Сингапур	85.6	82.7	4.3	2280
3	3	Испания	69.3	82.8	9.2	2354
4	6	Италия	67.6	85.5	9	2700
5	4	Северная Корея	67.4	82	7.4	2013
6	7	Израиль	67	82	7.4	2756
7	5	Япония	64.3	83.8	10.9	3733
8	10	Австралия	62	82.4	9.4	4934
9	12	Тайвань	60.8	79.7	6.2	1401
10	9	ОАЭ	59.7	77.1	3.5	1402
11	20	Норвегия	58.9	82.3	10	7464
12	14	Швейцария	58.4	82.9	12.1	9818
13	-	Ирландия	58.2	81.5	7.8	4757
14	13	Греция	56	81	8.4	1505
15	-	Новая Зеландия	55.6	81.5	9.3	3554
16	16	Канада	55.5	82.1	10.4	4508
17	15	Франция	55.5	82.3	11.1	4026
18	26	Португалия	55.4	81.1	9	1722
19	24	Финляндия	54.7	81.5	9.4	4005
20	19	Китай	54.6	76.1	5.3	426
21	17	Мексика	54.6	76.9	5.9	535
22	27	Швеция	53.2	82.2	11	5600
23	-	Ливан	53	79.4	7.4	645
24	18	Польша	52.7	77.5	6.3	797
25	-	Коста-Рика	52.3	79.6	8.1	929
26	25	Турция	52.2	75.5	4.1	455
27	41	Тайланд	51.9	751	3.8	219
28	29	Нидерланды	50.8	81.5	10.7	4746
29	22	Малайзия	50.4	75.1	3.9	377
30	23	Чехия	49.8	78.6	7.3	1284
31	8	Чили	49.3	79.3	8.1	1102
32	28	Австрия	9	81.2	10.3	4536
33	40	Алжир	48.2	75.9	7.1	2912
34	34	Словакия	47.6	76.6	6.9	1108
35	21	Великобритания	46.3	81	9.9	4.56
36	32	Перу	46	74.8	5.3	323
37	31	Румыния	46	75	5	442
38	36	Бельгия	44.8	81	10.5	4228
39	30	Иран	43.4	75.7	7.6	366
40	43	Венесуэла	43.4	74.4	3.2	973
41	42	Дания	42.4	80.7	10.3	5497

Продолжение таблицы Б.1

1	2	3	4	5	6	7
42	33	Венгрия	42	75.6	7.2	894
43	44	Эквадор	41.3	76.1	8.5	530
44	45	Казахстан	39.2	72	3.9	379
45	39	Германия	38.3	80.6	11.2	4592
46	38	Саудовская Аравия	37.5	74.4	5.8	1194
47	52	Колумбия	36.8	74.2	6.2	374
48	51	Иордан	35.8	74.2	6.3	257
49	48	Беларусь	35.3	73.6	6.1	352
50	35	Доминиканская Республика	33.6	73.7	6.2	397
51	54	Бразилия	32.8	75.3	8.9	780
52	49	Сербия	32.2	75.3	9.4	491
53	55	Россия	31.3	71.2	5.6	524
54	53	Азербайджан	29.6	71.9	6.7	368
55	50	США	29.6	78.7	16.8	9536
56	46	Болгария	29.4	74.6	8.2	572

Источник: составлено по материалам [137; 147].

Приложение В

(информационное)

Различия обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

Таблица В.1 – Различия обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

Сравниваемый критерий	Обязательное	Добровольное
1	2	3
Покрываемая медицинская помощь	Система государственных гарантий, предоставляющая гражданам доступ к получению большинства существующих видов медицинской помощи	Предоставляет застрахованным гражданам возможность получать медицинские услуги в объеме, большем, чем по ОМС (перечень рисков, диагнозов и видов медицинской помощи, входящих в договор страхования, доступен для выбора при покупке страховки)
Принцип работы	Работает в основном в государственных медицинских учреждениях	Многие не государственные лечебно-профилактические учреждения работают только с данной системой медицинского страхования
Концепция работы	Работает по концепции солидарности страховых отношений	Работает по концепции эквивалентности страховых отношений
Наполнение страховой программы для каждого застрахованного	Социальное государственное медицинское страхование, обеспечивающее российским гражданам равные права при получении медицинской помощи и лекарственного обеспечения	Список медицинских услуг, заболеваний и травм, оплачиваемых добровольным медицинским страхованием, определяется по соглашению сторон (страховщика и страхователя) и прописывается в заключаемом договоре
Контроль качества	Контроль качества оказываемой медицинской помощи производится непосредственно медицинскими учреждениями, (Т)ФОМС и страховыми обществами, осуществляющими обязательное медицинское страхование	Контроль качества предоставляемых медицинских услуг осуществляется непосредственно медицинскими учреждениями и страховыми организациями, осуществляющими добровольное медицинское страхование. В некоторых договорах ДМС могут предусматриваться штрафы/компенсации в пользу застрахованного в случае некачественного оказания медицинских услуг
Покрываемые направления медицинской помощи	Включает большинство страховых рисков медицинского страхования	Реестр рисков, покрываемых данным видом страхования, устанавливается по соглашению сторон (страховщик и страхователь) и прописывается в заключаемом договоре страхования

Продолжение таблицы В.1

1	2	3
Застрахованные	Распространяется практически на всех граждан страны, исключение составляют такие категории, как военнослужащие и прочие	Распространяется только на лиц, застрахованных по ДМС. Страхователем могут являться как юридические, так и физические лица
Урегулирование убытков	Оплата медицинских услуг осуществляется из ФОМС (ТФОМС), который формируется за счет обязательных взносов, уплачиваемых работодателями за своих работников	Оплата медицинских услуг осуществляется из средств страховщика, формируемых за счет сборов страховых премий от страхователей
Размер страховой премии	Величина страховой премии, подлежащей уплате в фонды ОМС за одного гражданина, устанавливается соответствующим регулятором	Величина страховой премии, подлежащей уплате за каждого застрахованного, устанавливается страховщиком по соглашению сторон (страховщик и страхователь)
Период действия договора страхования	Граждане застрахованы по данному виду страхования на протяжении всей жизни, вне зависимости от уплаты ими страховой премии	Страхование осуществляется только на период, указанный в договоре страхования, за счет своевременной уплаты страховой премии или ее части, в зависимости от условий контракта
Ответственность страховщика в случае неуплаты страховой премии	Вне зависимости от того, оплачен страховой полис или нет, соответствующая страховая организация обязана возмещать медицинскому учреждению расходы за лечение данного гражданина	Ответственность страховщика по оплате медицинских услуг застрахованному возникает только в случае своевременной уплаты страховой премии за застрахованного, если условиями заключенного договора страхования не предусмотрено иное
Государственное регулирование отрасли	Данная страховая деятельность регулируется государственными органами в части определения величины стоимости всех видов медицинской помощи, оплачиваемых за счет средств ОМС	Страховая организация совместно с клиникой устанавливает нормы расходов по лечению каждого застрахованного по договору ДМС
Приоритетность в порядке получения медицинской помощи	Прием у врача происходит в порядке общей очереди	Предоставляется приоритет в обслуживании
Приоритетность в порядке получения медицинской помощи	Заключение консилиума врачей не предоставляется, исключение составляют особые и/или экстренные случаи	Заключение консилиума врачей возможно при расширенной страховой программе
Получение медицинской помощи вне пределов Российской Федерации	Лечение в клиниках, находящихся в зарубежных странах, отсутствует	Некоторые страховые компании предоставляют застрахованным по добровольному медицинскому страхованию лечение за границей

Источник: составлено автором.

Приложение Г
(информационное)

**Рынки добровольного медицинского страхования в 2019 году по субъектам
Российской Федерации**

Таблица Г.1 – Рынки ДМС в 2019 году по субъектам Российской Федерации

Субъект Российской Федерации	Количество заключенных договоров ДМС	Сумма собранных страховых премий, тыс. руб.
1	2	3
Алтайский край	189 156	237 718
Краснодарский край	124 824	756 331
Красноярский край	466 159	706 614
Приморский край	97 539	430 685
Ставропольский край	35 805	447 240
Хабаровский край	91 627	493 023
Амурская область	35 614	55 378
Архангельская область без данных по Ненецкому автономному округу	147	411 166
Ненецкий автономный округ (Архангельская область)	18 546	5 986
Астраханская область	39 001	481 903
Белгородская область	24 421	184 822
Брянская область	25 911	86 009
Владимирская область	30 202	256 493
Волгоградская область	61 320	985 926
Вологодская область	37 881	298 169
Воронежская область	24 956	306 603
Нижегородская область	95 781	1 164 728
Ивановская область	16 630	53 764
Иркутская область	215 016	1 179 191
Республика Ингушетия	1767	1853
Калининградская область	61 553	270 665
Тверская область	47 688	196 839
Калужская область	28 458	384 957
Камчатский край	8859	32 800
Кемеровская область – Кузбасс	123 186	1 123 843
Кировская область	263 464	280 855
Костромская область	57 769	82 557
Республика Крым	13 910	51 386
Самарская область	86 644	1 104 449
Курганская область	28 048	114 670
Курская область	13 701	113 152
Город Санкт-Петербург город федерального значения	1 674 057	38 481 710
Ленинградская область	31 505	298 244
Липецкая область	12 567	197 100
Магаданская область	6344	47 850
Город Москва	9 499 167	105 536 225
Московская область	92 437	821 608
Мурманская область	18 915	473 024
Новгородская область	15 091	132 194
Новосибирская область	526 553	949 478
Омская область	95 473	627 780
Оренбургская область	58 897	438 346
Орловская область	8981	54 385

Продолжение таблицы Г.1

1	2	3
Пензенская область	18 422	112 256
Пермский край	86 718	1 227 877
Псковская область	20 738	33 833
Ростовская область	91 648	615 555
Рязанская область	26 738	296 971
Саратовская область	37 817	346 425
Сахалинская область	16 093	83 605
Свердловская область	280 374	2 647 469
Смоленская область	10 142	90 799
Город федерального значения Севастополь	710	761
Тамбовская область	14 063	107 059
Томская область	149 800	311 967
Тульская область	45 935	335 436
Тюменская область без данных по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу	93 991	992 569
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (Тюменская область)	109 336	4 318 381
Ямало-Ненецкий автономный округ (Тюменская область)	68 348	1 558 604
Ульяновская область	20 792	212 306
Челябинская область	811 208	1 160 961
Забайкальский край	25 092	83 942
Чукотский автономный округ	288	3131
Ярославская область	160 290	377 847
Республика Адыгея (Адыгея)	5033	31 283
Республика Башкортостан	99 441	1 169 794
Республика Бурятия	20 424	88 252
Республика Дагестан	14 618	97 156
Кабардино-Балкарская Республика	3413	6133
Республика Алтай	7995	5924
Республика Калмыкия	2807	5555
Республика Карелия	50 752	145 901
Республика Коми	30 133	603 639
Республика Марий Эл	6 712	47 999
Республика Мордовия	11 588	64 806
Республика Северная Осетия-Алания	3768	6223
Карачаево-Черкесская Республика	5364	11 215
Республика Татарстан (Татарстан)	138 808	2 258 557
Республика Тыва	1102	6774
Удмуртская Республика	65 867	501 948
Республика Хакасия	37 430	39 347
Чеченская Республика	2212	8057
Чувашская Республика – Чувашия	14 511	173 378
Республика Саха (Якутия)	18 831	100 846
Еврейская автономная область	4023	8138
Байконур	-	0

Источник: составлено автором.

Приложение Д
(информационное)

**Оппортунистическое поведение клиник и противодействие ему со стороны
страховой организации**

Таблица Д.1 – Оппортунистическое поведение клиник и противодействие ему со стороны страховой организации

Оппортунистическое поведение лечебно-профилактического учреждения	Метод противодействия со стороны страховщика	Количество случаев за 2019 год	Доля от всех случаев оппортунистического поведения, в процентах
1	2	3	4
Услуги оказаны в завышенном объеме: превышение лимитов, установленных общим стандартом по прохождению тех или иных процедур (например, для лечения определенного недуга полагается 10 процедур массажа, а назначено и проведено было 15, вследствие чего клиника выставила счет страховщику за 15 сеансов)	Страховая организация, руководствуясь медико-экономическими стандартами оказания медицинской помощи и объемом медицинской помощи, включенным в страховую программу, проводит экспертизу выставленных счетов и составляет акты технико-экономической и медицинской экспертизы	17	14,05
Пациенту оказаны услуги, не соответствующие лечению ранее назначенного диагноза	Страховщик должен применить медико-экономические стандарты к экспертизе проведенного лечения и ранее назначенного диагноза	4	3,31
Пациенту поставлен диагноз, отличный от имеющихся жалоб, и было проведено лечение согласно поставленному диагнозу	Врач-эксперт страховой организации при проведении медицинской экспертизы оценивает соответствие жалоб застрахованного и проведенное ему лечение, при выявлении несоответствий выставляет претензию лечебно-профилактическому учреждению	2	1,65
Превышение частоты проведения процедур (например, осмотр терапевта проводился ежедневно, вместо того чтобы проводить его раз в несколько дней)	Используя медико-экономические стандарты, страховщик при экспертизе выставленного счета может выявить данное нарушение	19	15,70
Услуги оказаны в объеме большем, чем предписано страховой программой	Используя медико-экономические стандарты, страховщик при экспертизе выставленного счета может выявить данное нарушение	28	23,14
В счете, присланном клиникой страховщику, услуги стоят дороже, чем в ранее согласованном прайс-листе	Используя технико-экономическую экспертизу, страховая организация может в автоматическом режиме выявить несоответствие сумм в выставленном счете с ценами, указанными в прейскуранте	1	0,83

Продолжение таблицы Д.1

1	2	3	4
Клиника отправила пациента не к обычному врачу, а к специалисту с очень высоким научным или профессиональным статусом и званием (например, академику или ВИП) без видимых на то причин и без уведомления страховщика, в связи с чем счет за услуги стал больше	Врач-эксперт страховой организации проводит экспертизу выставленных счетов на соответствие оказанных медицинских услуг объему и номенклатуре услуг, имеющих в страховой программе застрахованного	1	0,83
Пациент одновременно застрахован по добровольному и обязательному медицинскому страхованию в одном холдинге (например, в ООО «СМК РЕСО-Мед» и САО «РЕСО-Гарантия»), и клиника направила счет за одни и те же услуги по лечению данного застрахованного в обе организации	Страховщик может выявить подобные нарушения при проведении перекрестной экспертизы с организацией, находящейся с ней в одном холдинге	26	21,49
Пациент одновременно застрахован по добровольному и обязательному медицинскому страхованию в совершенно разных страховых организациях (например, АО «Страховая группа “Спасские ворота-М”» и САО «Ингосстрах»), клиника направила счет за одни и те же услуги по лечению данного застрахованного обоим страховщикам	Используя и анализируя данные, полученные из Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, страховые организации смогут выявлять данное нарушение	0 (на данный момент выявить данное нарушение невозможно)	
У пациента более 1 полиса добровольного медицинского страхования в одной организации, и клиника выставляет счета за одни и те же услуги по всем полисам застрахованного	Используя технико-экономическую экспертизу, сопоставляющую дату оказания услуги, ее объем и стоимость со всеми страховыми договорами, имеющимися с данным застрахованным, страховая организация может в автоматическом режиме выявить данное нарушение	23	19,01
У пациента более 1 договора добровольного медицинского страхования, но заключены договоры у разных страховщиков, и клиника выставляет счета за одни и те же услуги по всем полисам застрахованного	Используя и анализируя данные, полученные из Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, страховые организации смогут выявлять данное нарушение	0 (на данный момент выявить данное нарушение невозможно)	

Источник: составлено на основании внутренних статистических отчетов САО «РЕСО-Гарантия».

Приложение Е
(информационное)

Трактование термина «андеррайтинг» в экономической, страховой литературе

Таблица Е.1 – трактование термина «Андеррайтинг» в экономической, страховой литературе

Автор/источник	Цитата
1	2
Официальный сайт Международной ассоциации органов по надзору за страховщиками (IAIS). – URL: http://www.iaisweb.org/home (дата обращения: 05.09.2019). – Текст : электронный	«Андеррайтинг – это процесс, посредством которого страховая организация определяет, акцептовать ли предложение (заявление) страхователя о заключении договора страхования, и если акцептовать, то на каких условиях»
Деминский, С.А. Андеррайтинг в страховании / С.А. Деминский // Финансовый директор. – 2006. – № 8. – С. 4–6. – ISSN 1680-1148	«Андеррайтинг – это деятельность страховщика, направленная на оценку рисков принимаемых на страхование, определение адекватного страхового тарифа и условий страхования, формирование прибыльного страхового портфеля»
Архипов, А.П. О страховом андеррайтинге / А.П. Архипов, Е.И. Дьяков // Финансы. – 2005. – № 8. – С. 51–56. – ISSN 0869-446X	«Андеррайтинг – это бизнес процесс страхования, заключающийся: 1) в принятии на страхование (перестраховании) или отклонение заявленного объекта страхования на основе оценки присущих этому объекту индивидуальных рисков с целью формирования или корректировки условий договора страхования и определения страхового тарифа; 2) в разработке мероприятий по защите всего или части страхового портфеля 3) в разработке и исполнению мероприятий по снижению принятых на страхование (перестрахование) рисков»
Хан, Д. Стоимостно-ориентированные концепции контроллинга / Д. Хан, Х. Хунгерберг ; переведено с немецкого – Москва : Финансы и статистика, 2005. – 927 с. – ISBN 5-279-03096-1	«Андеррайтинг – процесс отбора рисков и классификация степени риска с точки зрения возможности принятия их на страхование, а так же применение определенных ставок премии, включая отказ от принятия на страхование рисков, не соответствующих квалификационным требованиям»
Ефимов, С.Л. Экономика и страхование : энциклопедический словарь / С.Л. Ефимов. – Москва : Церих-ПЭЛ, 1996. – 528 с. – ISBN 5-87811-016-4	«Андеррайтинг – это: 1) оценка риска для целей страхования; 2) заключение и выполнение условий страхования»
Ахвледиани, Ю.Т. Рынок страховых услуг: современные тенденции и перспективы развития : монография / Ю.Т. Ахвледиани. – Москва : РУСАЙНС, 2017. – 236 с. – 200 экз. – ISBN 978-5-4365-1729-2	«Андеррайтинг – принятие страховой ответственности за заявленные убытки или повреждения за вознаграждение (страховую премию). Обычно осуществляется после определения приемлемости предлагаемого риска и размера премии»

Продолжение таблицы Е.1

1	2
Груздова, В.А. Общие подходы к оценке рисков в личном страховании на примере страхования жизни / В.А. Груздова // Известия Пензенского Государственного педагогического университета. – 2010. – № 18 (22). – С. 250–254. – ISSN 1999-7116	«Андеррайтинг – это процесс анализа рисков, принятие рисков на страхование (перестрахование) или отклонение, включающий их оценку, классификацию на страхуемые или не страхуемые, определение сроков, условий, и размеров покрытия, расчет размеров премии»
Бизнес – словарь. – URL: http://www.businessvoc.ru (дата обращения: 25.03.2021). – Текст : электронный	«Андеррайтинг – процесс селекции заявленных на страхование рисков и классификации этих рисков в соответствии с их возможностями быть застрахованными с целью определения оптимальной для того или иного риска ставки страховой премии. Этот процесс также включает отказ в страховании по неприемлемым рискам»
Шахов, В.В. Страхование : учебник для вузов / В.В. Шахов. – Москва : Страховой полис; ЮНИТИ, 1997. – 311 с. – ISBN 5-85171-029-2	«Андеррайтинг – процесс, используемый страховой компанией для оценки риска, заявленного на страхование потенциальным страхователем, и для вычисления соответствующей заявленному риску страховой премии»
Словарь страховых терминов. – Текст : электронный. – URL: http://www.lloyds.com (дата обращения: 22.01.2017)	«Андеррайтинг – процесс изучения заявлений на страхование и информации, содержащейся в них. Риски, принятые в результате такого изучения на страхование, классифицируются андеррайтером в соответствии с их типом и степенью риска, и по ним назначаются соответствующие ставки страховой премии»
Словарь страховых терминов. – Текст : электронный. – URL: http://www.insweb.com (дата обращения: 22.01.2017)	«Андеррайтинг – комплекс мероприятий по принятию на ответственность страховщика заявленных рисков по оговоренному объекту страхования с установлением (согласованием) страхового тарифа и франшиз на условиях, удовлетворяющих страховщика и страхователя, с обеспечением защиты страхового портфеля по виду страхования и по компании в целом»
Тулинов, В.В. Терминологический словарь / В.В. Тулинов, В.С. Горин. – Москва : Наука, 2000. – 565 с. – ISBN 5-02008-388-7	«Андеррайтинг – процедура отбора, исключения и классификации рисков, определения ставок страховой премии. Процесс рассмотрения предложений на страхование и анализ содержащейся в них информации. Классификация принятых предложений по типу и степени риска, а также по соответствующим ставкам премии, установленным для каждой из единиц, подвергающихся риску. Андеррайтинг часто содержит субъективную оценку»
Страхование: принципы и практика / Составитель Д. Бланд: переведено с английского – Москва: Финансы и статистика, 1998. – 416 с. – ISBN 1-85369-112-7	«Андеррайтинг – принятие страховой ответственности за заявленные убытки или повреждения за вознаграждение (страховую премию). Обычно осуществляется после определения приемлемости предлагаемого риска и размера премии»
Закон Украины от 07.10.2001 «О внесении изменений закона Украины “О страховании”». Ведомости Верховной Рады. 2002. № 7	«Андеррайтинг – механизм трансформации из общих рисков в страховые риски, т.е. определенные события в будущем, на случай которых они могут быть застрахованы в страховой компании и потом перестрахованы в перестраховочном обществе, носящие признаки вероятности и случайности наступления»

Продолжение таблицы Е.1

1	2
<p>Страхование и управление риском. Терминологический словарь Текст : электронный. – URL: https://insurance_risk_management.academic.ru/91 (дата обращения: 18.01.2017)</p>	<p>«В страховых операциях: процедура отбора, исключения и классификации рисков, определения ставок страховой премии. Процесс рассмотрения предложений на страхование и анализ содержащейся в них информации. Классификация принятых предложений по типу и степени риска, а также по соответствующим ставкам премии, установленным для каждой из единиц, подвергающихся риску. Андеррайтинг часто содержит субъективную оценку»</p>
<p>Николенко, Н.П. Андеррайтинг – ключевой бизнес-процесс в страховой компании / Н.П. Николенко // Информационно-аналитический портал «Страхование сегодня». – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.insur-info.ru/comments/366 (дата обращения: 06.12.2016)</p>	<p>«Андеррайтинг – комплекс мероприятий, направленный на определение степени отклонения риска от среднестатистического, в целях обеспечения возможности предложения страховой услуги по параметрам договора, удовлетворяющим Страховщика и Страхователя, а также защиты страхового портфеля по виду страхования; сопоставление набора предлагаемых рисков, размера возможного ущерба с прогнозным финансовым состоянием компании (в целом, либо по виду страхования, либо по продукту) и установление/согласование на основании этого условий договора страхования (принимаемые на страхование риски, величина тарифа, размер франшизы)»</p>
<p>Челухина Н.В. Андеррайтинг в личном страховании (начало) / Н.В. Челухина // Управление в страховой компании. – 2009. – № 2. – Текст : электронный. DOI отсутствует. – URL: http://www.reglament.net/ins/mng/2009_2.htm (дата обращения: 08.12.2016).</p>	<p>«Андеррайтинг – это процесс, в ходе которого страховая компания вырабатывает решение относительно принятия или отклонения предлагаемого для страхования риска, а также параметров запрашиваемого страхового покрытия (срока, условий, цены страхования и т.д.)»</p>

Источник: составлено автором.

Приложение Ж
(информационное)

**Трактование понятия «медицинский андеррайтинг»
в страховой экономической литературе**

Таблица Ж.1 – Трактование понятия «Медицинский андеррайтинг» в страховой экономической литературе

Автор/источник	Цитата
Чумак, Н.М. Медицинский андеррайтинг в России / Н.М. Чумак. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.insur-info.ru/comments/449/ (дата обращения: 23.11.2018)	«Медицинский андеррайтинг – система оценки состояния здоровья будущего клиента страховой компании, с точки зрения подверженности его рискам заболевания и смерти»
Юлдашев, Р.Т. Андеррайтинг при страховании здоровья : словарь-справочник / Р.Т. Юлдашев. – Москва : Анкил, 2005. – 832 с. – ISBN 0869-7574	«Медицинский андеррайтинг – процедура анализа и отбора медицинских рисков, требующая весьма специфических знаний»
Словарь страховых терминов. – Текст : электронный. – URL: http://www.insur-info.ru/dictionary/10098/?let=236 (дата обращения: 22.01.2017)	«Медицинский андеррайтинг – совокупность методов и действий по оценке страхового риска и его факторов, характеризующих застрахованного с точки зрения состояния его здоровья, возраста, подверженности его рискам заболевания и смерти для оценки возможности заключения договора страхования и расчета страхового тарифа и страховой премии»
Левант, Н.Б. Медицинский андеррайтинг для программ страхования заемщиков потребительских и ипотечных кредитов / Н.Б. Левант // Современные страховые технологии. – 2011. – № 5. – С. 65–72. – ISSN отсутствует	«Медицинский андеррайтинг – медицинская оценка состояния здоровья потенциального страхователя»
Юлдашев, Р.Т. Андеррайтинг при страховании здоровья : словарь-справочник / Р.Т. Юлдашев. – Москва : Анкил, 2005. – 832 с. – ISBN 0869-7574	«Андеррайтинг при страховании здоровья – процедура индивидуальной оценки страхового риска для обоснования решения о принятии данного риска на страхование или об отказе в страховании, а также об условиях его принятия на страхование»

Источник: составлено автором.

Приложение И

(информационное)

Оценка отечественных экспертов о необходимости и важности использования качественного андеррайтинга в страховании

Таблица И.1 – Оценка отечественных экспертов о необходимости и важности использования качественного андеррайтинга в страховании

Автор/источник	Цитата
1	2
<p>Челухина, Н.В. Андеррайтинг в личном страховании (начало) / Н.В. Челухина // Управление в страховой компании. – 2009. – № 2. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.reglament.net/ins/mng/2009_3.htm (дата обращения: 08.12.2016).</p>	<p>«Принятая в компании политика андеррайтинга и качество его проведения оказывают непосредственное влияние на финансовые результаты страховых операций и платежеспособность страховой организации в целом»</p>
<p>Архипов, А.П. Роль андеррайтинга в формировании финансового результата страховых операций / А.П. Архипов // Управление в страховой компании. – 2008. – № 2. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.reglament.net/ins/mng/2008_2.htm (дата обращения: 12.05.2018)</p>	<p>«Предстраховая экспертиза является важнейшим этапом деятельности страховщика – от ее качества зависит успех всех последующих этапов заключения и исполнения договора страхования»</p>
<p>Вертенев, В.И. Андеррайтинг / В.И. Вертенев – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.klubok.net/article1948.html (дата обращения: 23.04.2017)</p>	<p>«Качественный андеррайтинг влечет за собой качественно сформированный страховой и перестраховочный портфель, наиболее близкие к прогнозируемому уровню убыточности, обоснованные рассчитанные и применяемые страховые тарифы. андеррайтинг в страховании играет важную роль, как ключевой индикатор предварительной и последующей экономической целесообразности процесса страхования, адекватности системы управления операционной деятельностью страховщика, маркетинговой политике, тарифной политике, перестрахованию. Андеррайтинг является первичным фактором, влияющим на надежность, стабильность организационного развития и определяющим качество финансового менеджмента, стратегического планирования, бюджетного управления страховщика»</p>
<p>Деминский, С.А. Андеррайтинг в страховании / С.А. Деминский // Финансовый директор. – 2006. – № 8. – С. 4–6. – ISSN 1680-1148</p>	<p>«Андеррайтер должен все время помнить о том, что результат его работы (страховой тариф и условия страхования) определяет результат работы его коллег и компании в целом»</p>
<p>Взаимодействие андеррайтера с другими службами страховщика. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: https://studme.org/1612040621025/strahovoe_delo/vzaimodeystvie_anderraytera_drugimi_sluzhbami_strahovschika (дата обращения: 30.11.2016)</p>	<p>«Качественный андеррайтинг – качественный страховой и перестраховочный портфель»</p>

Продолжение таблицы И.1

1	2
<p>Основным сдерживающим фактором развития страхового рынка является качество андеррайтинга. – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.infocar.com.ua (дата обращения: 08.12.2016)</p>	<p>«В Украине еще не до конца выстроена информационно-аналитическая система, которая и является основой качественного андеррайтинга. По мнению участников круглого стола: построение системы анализа и оценки рисков позитивно скажется на долгосрочной перспективе развития украинского рынка как страхования, так и перестрахования и повысит его инвестиционную привлекательность»</p>
<p>Николенко, Н.П. Андеррайтинг – ключевой бизнес-процесс в страховой компании / Н.П. Николенко // Информационно-аналитический портал «Страхование сегодня». – Текст : электронный. – DOI отсутствует. – URL: http://www.insur-info.ru/comments/366 (дата обращения: 06.12.2016)</p>	<p>«Важность андеррайтинга для страховой компании связана с тем, что это та деятельность, которая позволяет компании взять риск на страхование неубыточной ценой. Хочешь управлять убыточностью страхового портфеля – создавай эффективную систему оценки риска на этапе заключения договора страхования, которая именуется андеррайтингом»</p>
<p>Светайло, Р.Е. Место и роль андеррайтинга в системе страхования / Р.Е. Светайло // Управление в страховой компании. – 2009. – № 1. – С. 46–49. – ISSN 2218-5003</p>	<p>«Андеррайтинг является системообразующим бизнес-процессом, при котором осуществляется управление страховым портфелем и в конечном итоге обеспечивается экономическая безопасность страховой компании»</p>
<p>Юлдашев, Р.Т. Андеррайтинг при страховании здоровья : словарь-справочник / Р.Т. Юлдашев. – Москва : Анкил, 2005. – 832 с. – ISBN 0869-7574</p>	<p>«Правильно организованная процедура андеррайтинга — важный фактор эффективности операций страхования здоровья — уменьшает неблагоприятную селекцию рисков для страховой компании (антиселекцию) и позволяет провести благоприятный для страховщика отбор (селекцию) рисков»</p>

Источник: составлено автором.

Приложение К
(информационное)

Половозрастные коэффициенты по основным видам медицинской помощи

Таблица К.1 – Половозрастные коэффициенты по основным видам медицинской помощи

Воз- раст	Амбулаторная помощь		Стоматологическая помощь		Стационарная помощь	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины
1	2	3	4	5	6	7
0	1,68	1,83	0,11	0,06	0,86	0,64
1	1,54	1,63	0,22	0,08	0,86	0,64
2	1,49	1,57	0,29	0,11	0,86	0,64
3	1,45	1,52	0,36	0,14	0,86	0,64
4	1,41	1,47	0,43	0,18	0,86	0,64
5	1,36	1,41	0,50	0,21	0,86	0,64
6	1,32	1,36	0,57	0,25	0,86	0,64
7	1,28	1,31	0,64	0,28	0,86	0,64
8	1,24	1,25	0,71	0,31	0,86	0,64
9	1,19	1,20	0,78	0,35	0,86	0,64
10	1,15	1,15	0,92	0,38	0,86	0,64
11	1,11	1,09	0,99	0,41	0,86	0,64
12	1,06	1,04	1,06	0,45	0,86	0,64
13	1,02	0,99	1,13	0,48	0,86	0,64
14	0,98	0,93	1,20	0,51	0,86	0,64
15	0,93	0,88	1,27	0,55	0,86	0,64
16	0,86	0,81	1,34	0,58	0,86	0,64
17	0,93	0,75	1,41	0,61	0,86	0,64
18	0,99	0,69	1,48	0,65	0,99	0,88
19	1,05	0,63	1,55	0,68	0,99	0,88
20	1,11	0,57	1,62	0,75	0,99	0,88
21	1,21	0,57	1,69	0,78	0,99	0,88
22	1,28	0,57	1,72	0,82	0,99	0,88
23	1,34	0,57	1,69	0,85	0,99	0,88
24	1,49	0,58	1,66	0,88	0,99	0,88
25	1,46	0,58	1,62	0,86	0,99	0,88
26	1,44	0,58	1,59	0,85	1,00	1,00
27	1,41	0,59	1,55	0,84	1,00	1,00
28	1,38	0,59	1,52	0,83	1,00	1,00
29	1,35	0,59	1,49	0,82	1,00	1,00
30	1,32	0,59	1,45	0,81	1,00	1,00
31	1,29	0,60	1,42	0,79	0,75	0,77
32	1,27	0,62	1,38	0,78	0,75	0,77
33	1,21	0,62	1,36	0,77	0,75	0,77
34	1,14	0,63	1,32	0,76	0,75	0,77
35	1,07	0,63	1,28	0,75	0,75	0,77
36	1,01	0,63	1,28	0,75	0,52	0,75
37	1,04	0,63	1,25	0,74	0,52	0,75
38	1,07	0,63	1,21	0,73	0,52	0,75
39	1,10	0,64	1,18	0,71	0,52	0,75
40	1,14	0,64	1,14	0,70	0,52	0,75
41	1,17	0,64	1,11	0,69	1,39	0,93
42	1,21	0,64	1,08	0,68	1,39	0,93
43	1,24	0,65	1,04	0,67	1,39	0,93
44	1,28	0,65	1,01	0,66	1,39	0,93
45	1,31	0,65	0,97	0,65	1,39	0,93
46	1,35	0,65	0,94	0,63	1,95	0,94
47	1,38	0,66	0,91	0,62	1,95	0,94

Продолжение таблицы К.1

1	2	3	4	5	6	7
48	1,42	0,66	0,87	0,61	1,95	0,94
49	1,45	0,66	0,84	0,60	1,95	0,94
50	1,48	0,66	0,80	0,59	1,95	0,94
51	1,42	0,70	0,77	0,58	2,42	1,73
52	1,40	0,74	0,73	0,56	2,42	1,73
53	1,39	0,78	0,70	0,55	2,42	1,73
54	1,37	0,82	0,67	0,54	2,42	1,73
55	1,36	0,86	0,63	0,53	2,42	1,73
56	1,35	0,89	0,72	0,72	1,65	1,21
57	1,33	0,93	0,75	0,75	1,65	1,21
58	1,32	0,97	0,83	0,83	1,65	1,21
59	1,30	1,01	0,86	0,86	1,65	1,21
60	1,29	1,05	0,88	0,88	1,65	1,21
61	1,32	0,99	0,89	0,89	3,00	3,00
62	1,34	1,02	0,89	0,89	3,00	3,00
63	1,36	1,05	0,89	0,89	3,00	3,00
64	1,39	1,08	0,89	0,89	3,00	3,00
65	1,41	1,11	0,89	0,89	3,00	3,00
66	1,43	1,14	0,89	0,89	3,00	3,00
67	1,46	1,15	0,89	0,89	3,00	3,00
68	1,48	1,20	0,89	0,89	3,00	3,00
69	1,50	1,23	0,89	0,89	3,00	3,00
70	1,53	1,26	0,89	0,89	3,00	3,00
71	1,55	1,29	0,89	0,89	3,00	3,00
72	1,57	1,32	0,89	0,89	3,00	3,00
73	1,59	1,35	0,89	0,89	3,00	3,00
74	1,62	1,38	0,89	0,89	3,00	3,00
75	1,64	1,41	0,89	0,89	3,00	3,00
76	1,66	1,44	0,89	0,89	3,00	3,00
77	1,69	1,47	0,89	0,89	3,00	3,00
78	1,71	1,50	0,89	0,89	3,00	3,00
79	1,73	1,53	0,89	0,89	3,00	3,00
80	1,76	1,56	0,89	0,89	3,00	3,00
всего (рассчитываются, если известно только количество мужчин и женщин)	1,30	0,69	1,26	0,75	1,24	0,98

Источник: составлено на основании данных, представленных в Правилах добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия».

Приложение Л
(информационное)

Поправочные коэффициенты, применяемые в добровольном медицинском страховании при страховании предприятий, занятых в различных видах экономической деятельности

Таблица Л.1 – Поправочные коэффициенты, применяемые в ДМС при страховании предприятий, занятых в различных видах экономической деятельности

Код отрасли (по ОКВЭД)	Наименование отрасли	Коэффициент по амбулаторно-поликлинической программе	Коэффициент по стоматологической программе
1	2	3	4
I-2	Вспомогательная и дополнительная транспортная деятельность	0,78	0,81
G-2	Продажа и ремонт автотранспортных средств, мотоциклов	0,82	0,96
C	Добыча полезных ископаемых	0,83	0,8
D-1	Производство пищевых продуктов, включая напитки и табак, текстильное и швейное производство, производство кожи, изделий из кожи и производство обуви	0,92	0,89
K-2	Деятельность, связанная с использованием вычислительной техники и информационных технологий	0,94	0,98
D-6	Металлургическое производство и производство готовых металлургических изделий	0,95	1,02
D-2	Обработка древесины и производство изделий из дерева, целлюлозно-бумажное производство	0,96	0,85
F	Строительство	0,96	0,96
G-1	Оптовая и розничная торговля (за исключением G-2)	0,96	1,02
I-1	Транспорт	0,99	1,1
D-4	Производство кокса, нефтепродуктов и ядерных материалов, химическое производство, производство резиновых и пластмассовых изделий, производство прочих не металлических минеральных продуктов (за исключением D-5)	0,99	0,94
K-1	Операции с недвижимым имуществом, аренда и предоставление юридических и консультационных услуг	1,02	1,04
H-1	Гостиницы	1,03	1,06
I-4	Деятельность в области передачи (трансляции) и распределения программ телевидения и радиовещания	1,07	0,88
J-1	Кредитные организации	1,08	1,16
D-7	Производство машин и оборудования, производство электрооборудования, электронного и оптического оборудования, производство транспортных средств и оборудования	1,11	0,98
D-5	Производство фармацевтической продукции, парфюмерных и косметических средств	1,13	0,93
E	Производство и распределение электроэнергии газа и воды	0,69	0,75
O-5	Деятельность в области спорта	0,76	0,95
L-2	Деятельность по обеспечению общественного порядка и безопасности граждан	0,78	0,86

Продолжение таблица Л.1

1	2	3	4
К-3	Рекламная деятельность	0,88	0,94
О-1	Удаление сточных вод, отходов и аналогичная деятельность	0,93	1,03
І-3	Связь	0,99	0,97
Н-2	Рестораны	1,04	1,05
Q	Деятельность экстерриториальных организаций (посольства)	1,04	0,86
М	Образование	1,05	1,02
Ј-2	Лизинговые организации	1,11	1,16
Ј-3	Страхование и пенсионные фонды	1,12	1,07
О-3	Деятельность по организации отдыха, развлечений и культуры	1,14	1,29
Д-3	Издательская и полиграфическая деятельность	1,14	1,15
Н-2	Предоставление социальных услуг	1,22	0,93
L-1	Государственное управление	1,23	1,02

Источник: составлено на основании данных, представленных в Правилах добровольного медицинского страхования САО «РЕСО-Гарантия» .

Приложение М
(информационное)
Виды телемедицины



Источник: Университет Лафборо, Великобритания, 2009.
Рисунок М.1 – Дистанционный биомониторинг с помощью смартфона



Источник: модель здоровья, установленная в Sberbank Agile Home по адресу: Москва, Кутозовский проспект, дом 32.
Рисунок М.2 – Дистанционный биомониторинг с применением телемедицинской кабинки



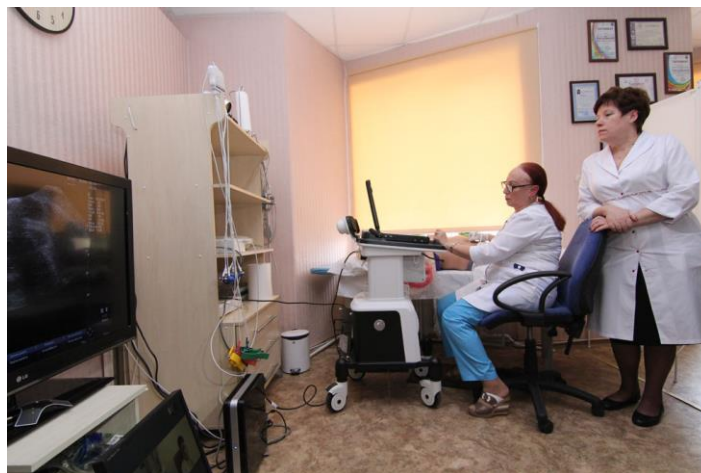
Источник: составлено автором.

Рисунок М.3 – Мобильный телемедицинский комплекс



Источник: САО «РЕСО-Гарантия», услуга «Видео-доктор».

Рисунок М.4 – Телемедицинская консультация в режиме реального времени



Источник: Днепропетровский областной перинатальный центр.

Рисунок М.5 – Телемедицинский кабинет в Днепропетровском областном перинатальном центре

Приложение Н
(информационное)

Оценка качества андеррайтинга в страховой экономической литературе

Таблица Н.1 – Оценка качества андеррайтинга в страховой экономической литературе

Автор/Источник	Цитата
Деминский С.А. Андеррайтинг в страховании // Финансовый директор. – 2006. – № 8. – С. 4–6	«Оценку эффективности андеррайтинга можно свести к оценке прибыльности страхового портфеля»
Хуторянский А.С. Формирование профессиональных компетенций работников по управлению рисками в страховых компаниях: дисс. ... канд. экон. наук	«Оценка андеррайтинга может проводится по нескольким направлениям: – оценка знаний андеррайтера; – оценка показателей страхового портфеля (сборы, выполнение плана, убыточность страховых операций, структура портфеля и др); оценка по KPI»
Взаимодействие андеррайтера с другими службами страховщика. URL: https://studme.org/1612040621025/strahovoe_delo/vzaimodeystvie_anderaytera_drugimi_sluzhbami_strahovschika	«Эффективность андеррайтинга оценивают обычно по финансовым (андеррайтерским) результатам страхования»
Ковтун В.В. Петренко А.С. Андеррайтинг в страховании / Сборник статей по материалам VII международной научно- практической конференции «Актуальные вопросы экономических наук и современного менеджмента». 2018. № 3 (6). С. 5-8	«Для расчета фактической убыточности страховых операций сравниваются настоящие убытки с заработанной страховой премией. Этот способ расчета убыточности наиболее точно отражает фактическую убыточность страхового портфеля и в результате показывает качество системы андеррайтинга»

Источник: составлено автором.

Приложение II

(информационное)

Оценка качества андеррайтинга добровольного медицинского страхования у лидеров российского страхового рынка

Таблица П.1 – Оценка качества андеррайтинга ДМС у лидеров российского страхового рынка

В процентах

Страховая организация	2015 год		2016 год		2017 год		2018 год		2019 год	
	Коэффициент выплат	ЭQa	Коэффициент выплат	ЭQa	Коэффициент выплат	ЭQa	Коэффициент выплат	ЭQa	Коэффициент выплат	ЭQa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
МАКС	85,80	Ниже нормы	93,08	Недопустимый	94,59	Недопустимый	95,95	Недопустимый	96,18	Недопустимый
АО «СОГАЗ»	89,06	Ниже нормы	85,29	Ниже нормы	87,38	Ниже нормы	87,83	Ниже нормы	87,37	Ниже нормы
САО «Ингосстрах»	83,15	Ниже нормы	83,44	Ниже нормы	72,50	Удовлетворительный	71,50	Удовлетворительный	76,86	Удовлетворительный
САО «РЕСО – Гарантия»	78,52	Удовлетворительный	68,89	Удовлетворительный	80,43	Ниже нормы	79,04	Удовлетворительный	77,44	Удовлетворительный
АО «Альфа Страхование»	79,08	Удовлетворительный	69,97	Удовлетворительный	67,75	Удовлетворительный	75,41	Удовлетворительный	72,96	Удовлетворительный
Согласие	79,47	Удовлетворительный	70,48	Удовлетворительный	61,51	Удовлетворительный	68,36	Удовлетворительный	62,47	Удовлетворительный
ЭнергоГарант	67,71	Удовлетворительный	74,69	Удовлетворительный	71,76	Удовлетворительный	72,68	Удовлетворительный	77,96	Удовлетворительный
Метлайф	75,46	Удовлетворительный	74,32	Удовлетворительный	76,04	Удовлетворительный	60,81	Удовлетворительный	54,24	Выше нормы
АО СК «Альянс»	73,23	Удовлетворительный	47,05	Превосходный	68,99	Удовлетворительный	66,15	Удовлетворительный	72,00	Удовлетворительный

Продолжение таблицы П.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ООО «Группа Ренессанс страхование»	60,27	Удовлетворительный	55,05	Выше нормы	56,59	Выше нормы	66,24	Удовлетворительный	68,03	Удовлетворительный
ПАО СК «Росгосстрах»	58,29	Выше Нормы	55,42	Выше нормы	72,09	Удовлетворительный	58,83	Выше нормы	30,86	Превосходный
САО «ВСК»	46,06	Превосходный	51,16	Выше нормы	46,01	Превосходный	44,43	Превосходный	52,79	Выше нормы
ООО СК «ВТБ страхование»	49,63	Превосходный	56,99	Выше нормы	57,03	Выше нормы	44,30	Превосходный	48,63	Превосходный

Источник: составлено автором.

Приложение Р
(информационное)

Оценки страховых экспертов о телемедицинских технологиях в страховом бизнесе

Таблица Р.1 – Оценки страховых экспертов о телемедицинских технологиях в страховом бизнесе

ФИО эксперта, место работы, должность	Источник	Цитата
1	2	3
Руденко Д.Ф., генеральный директор, председатель правления ООО «Абсолют Страхование»	Телемедицина в страховании: надо ли? – URL: http://www.asn-news.ru/post/777	«Полагаю, что те участники страхового рынка, которые сейчас не могут в полной мере оценить значимость телемедицины, рискуют остаться далеко позади. Легализация дистанционных медицинских услуг послужит толчком для развития добровольного медицинского страхования. Преимущества телемедицины для страховщиков: – уменьшение расходов на организацию медицинской помощи; – телемедицина позволит расширить географию действия полиса; – услуги телемедицины могут стать сервисной составляющей различных страховых продуктов для повышения их привлекательности; – повышение спроса за счет нового сервиса»
Амельченков А., директор филиала Группы «Ренессанс страхование» в Калининграде	Технологии в страховании: в России вступил в силу закон о телемедицине. – URL: https://12news.ru/news/feed/ext4all7594.html	«Наша статистика подтверждает, что спрос на телемедицинские консультации самый высокий именно в тех регионах, где меньшее количество традиционных медицинских центров, и доступ к ним может быть сложнее, чем в столице. Хотя и Москва, и Петербург тоже демонстрируют высокий уровень интереса – в первую очередь в силу того, что у пациентов часто не хватает времени на традиционное посещение врача. Это одна из причин спроса на телемедицину со стороны клиентов-предприятий, заключающих договор страхования коллектива – пропуски по болезни снижаются и из-за своевременного обращения к врачу, и благодаря дистанционным консультациям»
Харина Н., управляющий директор по ДМС группы «Ренессанс страхование»	Удаленный доступ к телу. – URL: http://www.insur-info.ru/press/126196	«Кроме того, по нашей статистике, 40% случаев вообще не требуют очного посещения клиники. Пока нет статистики по телематике в российском ДМС, поэтому наша задача — понять востребованность этого сервиса и его влияние на портфель. В любом случае онлайн-консультации дешевле личных посещений, что может привести к снижению убыточности»
Меркулов О., первый заместитель генерального директора компании «ВТБ Страхование»	Доктор в эфире. – URL: http://www.rbcplus.ru/news/59dbd6cb7a8aa92abec64649?ruid=NaN	«Один из очевидных плюсов легализации телемедицины, о котором говорят страховые компании, — возможность снизить стоимость полиса ДМС. Приемы у врачей могут быть заменены заочными консультациями, которые дешевле личного визита к доктору. Общение врача с пациентом посредством телемедицины помогает существенно снизить и количество необоснованных визитов, лучше контролировать состояние лиц с хроническими заболеваниями, эффективнее распространять информацию о профилактике заболеваний»
Пастухов Б., председатель совета директоров Национальной медицинской компании	Доктор в эфире. – URL: http://www.rbcplus.ru/news/59dbd6cb7a8aa92abec64649?ruid=NaN	«При правильной организации чем эффективнее будет взаимодействие медучреждений, провайдера телемедицинских услуг, страховых компаний, чем дальше будет идти процесс унификации услуг, тем больше может быть снижена стоимость полиса ДМС»

Продолжение таблицы Р.1

1	2	3
Кайгородова Т., заместитель генерального директора компании «Ингосстрах»	Доктор в эфире. – URL: http://www.rbplus.ru/news/59dbd6cb7a8aa92abec64649?ruid=NaN	«Консультационные услуги даже вне закона востребованы и уже привлекали новых пациентов в онлайн, так как позволяют снять так называемый синдром тревожности или получить второе мнение по состоянию больного»
Чернин М.Б., директор департамента благосостояния клиентов ПАО «Сбербанк»	Доктор в эфире. – URL: http://www.rbplus.ru/news/59dbd6cb7a8aa92abec64649?ruid=NaN	«Страховщики не ожидают, что телемедицина существенно увеличит рост продаж полисов ДМС. Впрочем, их вполне устраивает экономия на расходах, особенно в таком виде, как ДМС, — этот сегмент на 95% является корпоративным и низкомаржинальным»
Юрин С., директор по развитию стратегических проектов ДМС АО «АльфаСтрахование»	Пульт услышал пульс. Страховые компании оценили телемедицину. – URL: https://rg.ru/2018/10/17/strahovye-kompanii-ocenili-telemedicinu.html	«В дальнейшем мы планируем развивать этот сервис для застрахованных с хроническими заболеваниями в рамках проекта "Управление здоровьем персонала". Его цель – снижение заболеваемости застрахованных и повышение экономической эффективности компании»
Черноморова М.Ю., начальник управления продуктов медицинского страхования СПАО «РЕСО-Гарантия»	Тонкая настройка страхования. – URL: https://doctor.ru/view/55712/	«Те, кто занимается телемедициной, прекрасно понимают, насколько велики перспективы развития этой технологии и насколько это поможет в будущем и сократить время для пациента, и разгрузить клиники, освободить для нормальных приемов, которые требуют действительно непосредственно визуального общения с пациентом и так далее. Поэтому все участники телемедицинского рынка всячески популяризируют среди своих клиентов эту услугу и востребованность растет»

Источник: составлено автором.

Приложение С
(информационное)

Участники российского страхового рынка, осуществляющие продажи телемедицинских услуг и их партнеры, участвующие в оказании этих услуг (по состоянию рынка на 01.12.2020)

Таблица С.1 – Участники российского страхового рынка, осуществляющие продажи телемедицинских услуг, и их партнеры, участвующие в оказании этих услуг (по состоянию рынка на 01.12.2020)

Страховая организация	Производитель программного обеспечения для осуществления телеконсультаций	Организация, оказывающая медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий
САО «РЕСО-Гарантия»	САО «РЕСО-Гарантия»	Сеть медицинских клиник MedSwiss
АО «Страховая организация МетЛайф»	WorldCare совместно с МетЛайф	WorldCare
ООО «Группа Ренессанс Страхование»	ООО «Мобильные Медицинские Технологии»	ООО «Доктор рядом»
АО «Русский Стандарт Страхование»	ООО «Мобильные Медицинские Технологии»	Партнеры АО «Русский Стандарт Страхование», АХА-Assistance, а также все врачи, работающие в сервисах onlinedoctor.ru и pediatr247.ru
САО «Ингосстрах»	САО «Ингосстрах»	ООО «Клиника ЛМС» («Будь здоров»)
САО «ВСК»	ООО «Мобильные Медицинские Технологии»	ЗАО «Национальный Медицинский Сервис («Ниармедик»), Best Doctors
ООО СК «Сбербанк страхование»	ООО «ДокДок»	Партнеры ООО «ДокДок» и «Сбербанк Страхование»

Источник: составлено автором.